

Vivencia de la relación terapéutica y su vínculo con la humanización de la atención en salud: “Una forma de ver cómo evoluciona cada vida”

Sharon Naomi Correa-Galindo y Edgar Nicolás Serrano-Carvajal
Universidad Santo Tomás, Bogotá, Colombia

Docente Asesor:
Ricardo Arturo Jaramillo Moreno

Nota del Autor

Sharon Naomi Correa-Galindo y Edgar Nicolás Serrano Carvajal
Universidad Santo Tomás, División de ciencias de la salud, Facultad de Psicología,
2020

Dirección Electrónica: sharoncorrea@usantotomas.edu.co o
edgar.serrano@usantotomas.edu.co

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Justificación	11
Problematización	13
Planteamiento del problema	13
Formulación de la pregunta problema	16
Objetivos	16
Objetivo general	16
Objetivos específicos	16
Marco teórico	17
Marco disciplinar	17
Relación terapéutica	17
Relación interpersonal	19
Experiencia	19
Vivencia	20
Intencionalidad	20
Significados	21
Marco epistemológico	21
Fenomenología hermenéutica	21
Multidisciplinar	24
Relación terapéutica	24
Relación interpersonal	25
Experiencia	26
Marco normativo/legal	26
Antecedentes investigativos	28
Método	35
Tipo de diseño	35
Trayectoria	36
Instrumentos y estrategias de recolección-construcción	38

Instrumentos y estrategias de procesamiento o sistematización	41
Participantes	43
Consideraciones éticas	44
Resultados	48
Significados de la relación terapéutica	49
Relación entre la vivencia de la relación terapéutica con las formas de interacción que generan los profesionales en Salud con sus consultantes	52
Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la relación terapéutica	58
Discusión	62
Conclusiones	69
Aportes, alcances, limitaciones y sugerencias	71
Aportes	71
Aportes a la disciplina	71
Aportes a la línea de investigación	71
Aportes a la comprensión sobre la problemática	72
Aportes a los actores participantes	72
Aportes a los investigadores	73
Alcances y limitaciones	73
Sugerencias	74
Referencias	75
Anexos	94

Lista de figuras

Figura 1. Trayectoria y etapas de la investigación fenomenológica hermenéutica.	36
Figura 2. Experiencia Octaédrica de Von Eckartsberg.	40
Figura 3. Adaptación del esquema metodológico para una Acción Sin Daño.	46
Figura 4. Estructura del proceso de un evento vivencial de Von Eckartsberg.	48
Figura 5. La relación terapéutica desde la experiencia de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.	49
Figura 6. La relación de la vivencia con las formas de interacción y la intencionalidad de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.	53
Figura 7. La relación entre la humanización y la vivencia de la relación terapéutica desde la experiencia de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.	58

Lista de tablas

Tabla 1. Matriz de sentido del guion de entrevista.

40

Resumen

La investigación tuvo como objetivo comprender la vivencia de la Relación Terapéutica (RT) y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá, mediante una epistemología fenomenológica hermenéutica basada en la interpretación de la realidad que cada persona construye según sus deseos, su voluntad e intencionalidad. Se realizó un estudio cualitativo centrado en la interpretación y el acercamiento a la experiencia vivida de un médico, un odontólogo y un enfermero, desde un diseño fenomenológico hermenéutico compuesto por tres fases: descriptiva, estructural y exponencial; se implementó la entrevista fenomenológica como técnica para la recolección de información y se realizó un proceso de análisis a través del programa Atlas ti, en donde las tres entrevistas fueron segmentadas y codificadas por medio de audio, a fin de construir mapas de red que permitieran dar una estructura general de los hallazgos investigativos, los cuales indican que la RT se determina a partir de los procesos de formación, el contexto, los intereses personales y las experiencias previas, lo que a su vez interviene en la construcción personal y profesional. Además, dicha experiencia se ve afectada por los procesos de humanización del contexto en salud, los vacíos académicos, enfocados en el autocuidado y la normalización de prácticas que pueden limitar el contacto humano y restringen la experiencia emocional.

Palabras clave:

Experiencia, humanización, profesionales en ciencias de la salud, relación terapéutica, vivencia.

Abstract

The research aimed to understand the experience of the Therapeutic Relationship (RT) and the humanization of health care from the experience of three health science professionals in Bogota, through a phenomenological hermeneutic epistemology based on the interpretation of reality that each person builds according to their desires, will and intentionality. A qualitative study was carried out focusing on the interpretation the lived experience a doctor, a dentist and a nurse, from a phenomenological hermeneutic design composed of three phases: descriptive, structural and exponential; the phenomenological interview was implemented as a technique for the collection of information and an analysis process was carried out through the program Atlas ti, where the three interviews were segmented and codified by means of audio, in order to construct network maps that would allow for a general structure of the research findings, which indicate that RT is determined from the training processes, the context, personal interests and previous experiences, which in turn intervenes in the personal and professional construction. Furthermore, this experience is affected by the processes of humanization of the health context, academic gaps, focused on self-care and the normalization of practices that can limit human contact and restrict emotional experience.

Key word:

Humanization, phenomenological experience, professionals in health sciences, therapeutic relationship.

Introducción

La investigación se centró en el estudio de la experiencia, entendida como un fenómeno que permite comprender y aproximarse a los significados que las personas construyen de la realidad, específicamente de la experiencia en la relación terapéutica (RT), reconociendo el impacto que ha tenido esta a lo largo de la historia de la psicología, ya que se aborda como un principio fundamental que potencia los procesos de intervención, el cumplimiento de los objetivos, las necesidades del consultante, las metas y las creencias del profesional (Arango y Moreno, 2009; Mendoza, 2016; y Múnera, 2014).

En cuanto a la relación terapéutica, esta se ha adaptado a las condiciones y cambios científicos, tecnológicos, políticos, económicos y culturales de la sociedad (Espinosa, Menoret, Puchulu, Selios y Witriw, 2009), por lo que ha pasado de ser una interacción jerárquica, donde el profesional tiene el poder, a una horizontal en donde las personas participan de forma activa, con el fin de trabajar por su bienestar y cuidado (Arango y Moreno, 2009, citados por Vélez, 2014; Aguado, 2014 y Apolo-Pineda, Apolo-Morán y Apolo-Morán, 2017).

Ahora bien, se retoma una epistemología fenomenológica existencial ya que esta permite reconocer que el ser humano es una totalidad que debe ser entendido desde su potencial, al ser dinámico y estar en constante crecimiento en las distintas dimensiones de su vida (física, emocional, cognitiva, relacional, entre otras), esto a partir de la interpretación de su experiencia (Riveros, 2014).

En esta lógica, la relación terapéutica (RT) es una conducta social basada en la comunicación, enfocada en la socialización, la necesidad humana de proximidad y la cooperación (Tenemaza y Miranda, 2016). Es una interacción íntima y/u operativa (Romero, 2012), de cuidado y/o auto-cuidado (González, Gaspar, Luengo y Amigo, 2014), orientada a la mejora de la calidad de vida y la dignidad humana, en donde, tanto la persona a cuidar como el cuidador deben trabajar por el reconocimiento del otro y su bienestar, esto en conexión con el proceso de intervención y el éxito del mismo (Assunção y Queiroz, 2015).

Por consiguiente, se considera importante estudiar la RT, ya que como lo plantean Palacios y Pérez-Acosta (2017) puede favorecer al sistema de salud, ya que es una forma de humanizar el mismo al promover la empatía y la comunicación de las personas.

De esta manera, se utilizó una metodología fenomenológica hermenéutica, orientada a la interpretación y descripción de la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud (Un médico, un odontólogo y un enfermero), y por tanto, a los significados que los mismos han construido, alrededor de la Humanización y la RT (Zuleyka y Olivety, 2015); aclarando que estos se construyen a partir de procesos reflexivos y subjetivos basados en sus deseos (impulsos y necesidades), su voluntad (disposición y motivación) y su intencionalidad (Orientación del comportamiento) como organizadores de la experiencia (De Castro, García, y Eljagh, 2012).

Por lo dicho, se retomó la metodología propuesta por Martínez (2002, citado por Castro, 2008), el cual plantea que para comprender la experiencia del otro se requiere acercarse a esta por medio de herramientas (entrevista, diarios de observación, entre otros) que favorezcan la aproximación del investigador a los significados subyacentes de la misma, lo anterior, mediante tres etapas:

1. Descriptiva: Se define el tema de investigación, a partir de guías y técnicas que posibilitan la descripción preliminar del objetivo de la misma.
2. Estructural: Se retoman las grabaciones y el discurso de los participantes, para así delimitar las categorías y unidades de sentido por las cuales se comprende la vivencia de los profesionales, identificando los significados que dan respuesta a la pregunta y objetivos de la investigación.
3. Exponencial: Se retoma la experiencia de los participantes y la información recolectada para así determinar las convergencias y divergencias en el discurso, construyendo mapas generales de sentido y resultados preliminares, los cuales son devueltos a los participantes para así recibir una retroalimentación y construir las conclusiones del documento.

Desde esta perspectiva, en la primera etapa de la investigación se optó por definir que el objetivo del presente trabajo sería: Comprender la vivencia de la relación terapéutica (RT) y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá, lo anterior, a partir de una revisión preliminar de estudios enfocados en la RT, como el realizado por Múnera (2014), identificando posibles focos de estudio basados en la experiencia, como lo fueron el lenguaje (Agudelo, García, Hincapié, Rodríguez y Ramírez, 2017), el amor terapéutico (Fernández, 2016) y el éxito terapéutico (Dávila, 2011),

entre otras; hasta llegar al tema de la experiencia de la humanización de la atención en salud y de la RT.

Razón por la que se delimitaron las categorías y subcategorías de la investigación para así construir los marcos de referencia de la misma, los cuales se centraron en la experiencia y en la relación terapéutica, al igual que la metodología, la cual parte de la Fenomenología Hermenéutica y se basa en la entrevista como estrategia para la recolección de información.

Lo que dio paso a la etapa estructural, en la que después de registrar los datos encontrados se llevó a cabo un proceso de familiarización en donde se delimitaron las unidades de sentido, es decir, las descripciones dadas por los participantes para así categorizar las mismas y favorecer su transcripción al lenguaje científico.

Para finalmente, en la etapa exponencial, al retomar las grabaciones de los ejercicios de entrevista fenomenológica, elaborar mapas de red en donde se determinaron las convergencias y divergencias de los relatos de los participantes, para así construir los resultados preliminares y recibir retroalimentación de cada uno de los profesionales, con el fin de garantizar que los resultados y conclusiones fueran fieles a la experiencia de los mismos.

Justificación

La humanización del sistema de salud pretende trabajar por el cuidado y bienestar de las personas, al comprender que estas merecen tener un trato ético, digno y de calidad; entendiendo que la salud es un derecho, un bien humano transversal y un eje fundamental en la sociedad (Organización Mundial de la salud, 2008; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

De igual modo, se retomó la relación terapéutica, ya que esta es un fenómeno social visto como un eje central para la co-construcción de significados en el encuentro interventivo; lo cual se relaciona con el éxito del proceso (Etchevers; Simkin; Putrino; Greif; Garay y Korman 2013), la adherencia al tratamiento (Viloria, 2012), la empatía (Javitt, 2017) y la motivación (Renelde, 2018).

Dicho esto, este fenómeno se entiende como una interacción interpersonal basada en el reconocimiento de la subjetividad de las personas, esto con el propósito de trabajar por su cuidado y auto-cuidado, convirtiéndose así en un factor fundamental en los procesos interventivos en salud (Ministerio de salud y Protección Social, 2016; González, Gaspar, Luengo y Amigo, 2014).

En adición, las investigaciones llevadas a cabo por Castro (2018), Assunção y Queiroz (2015), Fluckiger, Wampold, Del Re y Horvath (2018) permiten dar cuenta de la necesidad de reconocer la experiencia de la RT, asumiendo ésta como un ejercicio bioético, ya sea desde diseños cuantitativos o cualitativos (Espinosa, Menoret, Puchulu, Selios, y Witriw, 2009), puesto que esta interviene en la humanización (Pabón y Cabrera, 2008; Etchevers; Simkin; Putrino; Greif; Garay y Korman, 2013) y la adherencia al tratamiento (Viloria, 2012).

En consecuencia, se plantea que bajo dicha necesidad, la psicología tiene el reto de estudiar y aproximarse a las distintas dimensiones de lo humano que se relacionan con el cuidado y bienestar de las personas, en este caso la RT, como una variable que afecta la prevención y promoción de la salud (Ministerio de salud y Protección Social, 2016; Palacios y Pérez-Acosta, 2017).

Cabe aclarar que el presente trabajo pretende enriquecer la línea de investigación “Psicología, Sistemas Humanos y Salud Mental” (Universidad Santo Tomás, 2017), a partir de un acercamiento fenomenológico hermenéutico, que buscó acercarse a los fenómenos puros, es decir, a la forma en la cual las personas interpretan la realidad (Ayala, 2008; Barbera y

Inciarte, 2012), para así comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá, esto al entender que la investigación se basa en el hecho de que:

“No es posible aceptar que la realidad sea solamente una construcción social, un consenso de una colectividad, o un acuerdo intersubjetivo. Es también una dimensión trans subjetiva,... Es decir, la abstracción, es parte de la realidad y no sólo un instrumento para conocerla y describirla” (Universidad Santo Tomás, 2012, p.11).

De manera que, en articulación con el objetivo de la línea, el cual es “Explicar, comprender y potencializar procesos de intervención para la transformación de los sistemas humanos” (Universidad Santo Tomás, 2012, p.1), se pretende explorar la experiencia de la RT y de la humanización, conocer su rol en la construcción personal y profesional, al igual que aportar a los procesos reflexivos de los participantes e investigadores.

Problematización

Planteamiento del problema

Se entiende la humanización desde el término humanizar como “Hacer humano, familiar o afable a alguien o algo” (Real Academia Española, 2019), por lo que para esta investigación se entenderá como hacer más humana la atención en salud. A partir de esto, autores como Quero y Delgado (2013), Orozco y Vija (2018) y Ceballos y Gutiérrez (2012), definen la humanización, como la ética del cuidado, que determina la relación de ayuda al trabajar por el consultante como eje central del sistema de salud.

En este orden de ideas, en Colombia la humanización del sistema de salud, se aborda en función de la perspectiva del cuidado responsable de las necesidades de los consultantes, para así aportar a un servicio de salud basado en la dignidad humana (Blanco, 2004 y González, Gaspar, Luengo y Amigo, 2014), por lo que la presente investigación sugiere que existen otras formas de asumir dicha humanización, como la propuesta por el Instituto Nacional de Cancerología (2016), en donde esta es vista como una actitud que determina e impacta la experiencia de la salud de profesionales, familiares y consultantes, y por tanto, su comportamiento; esto al entender que las personas son una totalidad holística, lo que impacta en la subjetividad de los participantes del sistema en salud, al retomar sus vivencias corporales, emocionales y creencias.

Entonces, la humanización se da en un proceso de interacción en donde se trabaja por el cuidado y el autocuidado de todos los miembros del sistema de salud, no solo el consultante, por lo que se plantea un vacío a la hora de aproximarse a la experiencia de la humanización desde otros actores, en este caso tres profesionales de la salud (Un médico, un odontólogo y un enfermero), entendiendo a los mismos como agentes que participan en la asistencia en salud (Ariza, 2012; Organización Médica Colegial de España, 2017).

Esto con el fin de comprender esta perspectiva y su relación con el desarrollo profesional y personal de los participantes, al igual que su conexión con otros factores como la empatía (Javitt, 2017), el burnout o desgaste profesional (Gálvez, Gómez, Martín, y Ferrero, 2017), la motivación (Renelde, 2018), entre otros. Lo anterior, se ejemplifica desde el Proyecto HU-CI (Humanización de las Unidades de Cuidados Intensivos), que en este caso,

invita a reconocer que “No es posible la humanización de la salud si no es en el contexto de las relaciones interpersonales” (Gálvez, Gómez, Martín, y Ferrero, 2017, p.109).

De modo similar, el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), al reconocer que la RT es un factor fundamental a la hora de potenciar la humanización en los distintos campos de la salud, solicitó a la psicología explorar nuevas formas de cómo en la interacción, las personas logran ser reconocidas y trabajan por un objetivo en común: el cuidado (González, Gaspar, Luengo y Amigo, 2014).

Sumado a esto, las investigaciones encontradas en el contexto colombiano toman como factores fundamentales la experiencia emocional del consultante (Fernández, 2016), el bienestar social (Vélez, 2014), la prevención y la promoción de la salud (Bermúdez-Román, Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, y Posada-Zapata, 2016), entre otros. No obstante, la presente investigación asume la RT como una experiencia que se construye desde la vivencia que la persona establece con sí mismo, con otros y con el mundo (Whitford Delgadillo, 1983; citado por Balarezo, 2016). Es decir, un encuentro persona-persona, basado en la empatía, el aprecio incondicional y la congruencia, puesto que el profesional se conecta con el consultante, al ser sí mismo y al estar dispuesto a escuchar al otro (Rogers y Stevens, 1980).

Cabe resaltar que la información encontrada en el contexto de las ciencias de la salud, asumen otras perspectivas como: la narrativa (Lopera-Vásquez, 2018), la sistémica (Viloria, 2012), entre otras; lo cual se percibe como un vacío al encontrar pocos referentes desde la lectura humanista, más específicamente la fenomenológica hermenéutica; teniendo en cuenta para ello que los estudios plantean como foco de atención la empatía (Kistasamy, 2016; Landman et. al, 2016; Donoso-Sabando, 2014).

Por este motivo, la presente investigación toma la RT como un acto determinado por la experiencia, ya que esta influye en la manera en la que la persona asume y construye este proceso de interacción, por lo que dicha experiencia como acto psicológico da cuenta del cómo la persona asume la realidad en el espacio, tiempo y corporalidad (De Castro, García, y Eljagh, 2012).

De este modo, los antecedentes encontrados hasta el momento hablan principalmente de la percepción (Núñez, Arias, Sánchez, Hernandez, Bustamante, Reupo y Diaz-Velez, 2015), de la representación social (Desatnik, 2013) y de la narrativa (Lopera-Vásquez, 2018) que se construye en la relación, por lo que se retoma la experiencia como acto psicológico, puesto que permite abarcar y comprender el cómo la persona construye significados a partir de

su vivencia de la realidad, aportando nuevas comprensiones del fenómeno, más puntualmente desde un marco fenomenológico hermenéutico en psicología, lo anterior, ya que los estudios encontrados se han desarrollado en el campo de la enfermería, por autores como Ramírez (2016).

En vista de este vacío se investiga el acto psicológico de la experiencia, principalmente desde la vivencia y la intencionalidad como parte del proceso experiencial, el cual determina y define el comportamiento de las personas al reconocer sus deseos y voluntad (De Castro, García y González, 2017), ya que en el contexto local se encontraron pocos artículos que se aproximen a la intencionalidad de la experiencia de la RT del profesional en salud, puesto que sus mayores acercamientos se han dado por autores como Fernández (2016), quien investiga la RT desde la experiencia del adulto con sensaciones de incapacidad, y Gómez (2013) quien investiga la relación psicoterapéutica desde la experiencia desde un enfoque fenomenológico existencial en Perú.

En articulación, la presente investigación se inscribe en la línea “Psicología, Sistemas Humanos y salud Mental” en donde se observa que la persona construye significados de la realidad y del mundo gracias a su activa participación en un contexto de relaciones, por medio de un abordaje sistémico, construccionista, constructivista y complejo.

Por lo que se pretende aportar principalmente al foco constructivista, ampliando la perspectiva teórica y epistemológica, adoptando la fenomenología hermenéutica, como propuesta novedosa de investigación en la facultad, teniendo en cuenta para ello que la línea ha dirigido sus investigaciones principalmente a fenómenos como la narrativa, la identidad, la familia, las emociones y los vínculos (Universidad Santo Tomás, 2017), más no a la experiencia como acto psicológico.

Por esta razón, se estudió la experiencia de la relación terapéutica desde una epistemología distinta pero complementaria que le permita al investigador comprender la vivencia de tres profesionales en salud; lo anterior, basados en la idea de que: “el conocimiento no progresa por el descubrimiento de una verdad inmutable” (Universidad Santo Tomás, 2012, p. 4).

Formulación de la pregunta problema

En consecuencia se pretende comprender ¿Cómo es la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá?

Objetivos

Objetivo general

Comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales (Un médico, un odontólogo y un enfermero) en ciencias de la salud en Bogotá.

Objetivos específicos

Describir los significados de la relación terapéutica desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud.

Interpretar las formas de interacción que generan los profesionales en salud con sus consultantes por medio de su vivencia de la relación terapéutica.

Reconocer el vínculo entre la humanización de la atención en salud y la vivencia de la relación terapéutica de los profesionales en salud.

Marco teórico

Marco disciplinar

Relación terapéutica

La relación terapéutica (RT) ha sido un tema ampliamente abordado desde la psicología y por lo tanto, su definición ha tenido distintos cambios por la evolución histórica de la disciplina (Arango y Moreno, 2009; Mendoza, 2016; y Múnera, 2014).

En este orden de ideas, la primera aproximación a este fenómeno se llevó a cabo en el Siglo XIX por Sigmund Freud quien desde la medicina, aportó al enfoque Psicoanalítico al plantear que la relación cuenta con cuatro elementos (la sugestión, la transferencia, la co-transferencia, y la atención flotante), que favorecen la construcción de roles en la intervención (Múnera, 2014 y Mendoza, 2016).

De esta manera, la relación se entiende como una alianza terapéutica, es decir, un elemento relacional que promueve el cambio de forma activa a partir del vínculo y los objetivos del proceso (Bordin citado por Corbella, Botella, Gómez y Herrero, 2011, citados por Moreno, 2016).

Posteriormente, la terapia conductual estudió la RT partiendo de la idea de que no existe una conceptualización específica de este término, y por tanto, es vista como un grupo de técnicas, dentro de las cuales se destacan: el rapport, la atención al consultante, la objetividad en el manejo de emociones para evitar juzgar, la escucha empática y la confidencialidad; esto debido a que la terapia conductual se orienta por la flexibilidad del profesional para recurrir a técnicas y estrategias que permitan disminuir la intensidad de la situación, encontrar nuevas conductas adaptativas y por tanto, favorecer el éxito de la intervención, según Wilson y O'Leary (1980, citado por Arango y Moreno, 2009).

Con respecto a la psicología humanista, Carl Rogers plantea que la RT se debe basar en la relación persona-persona, es decir, un encuentro humano donde el terapeuta asume una posición de escucha sin rechazo, reconoce sentimientos y características personales, para tratar de acercarse a la experiencia vital de otra persona, apreciando su totalidad, reduciendo juicios, para así comprender al otro desde su mundo interno (Rogers y Stevens, 1980).

El presente trabajo investigativo se desarrolló por medio de una comprensión humanista, es decir, una revolución cultural, que pretende reconocer al ser humano en plenitud

e igualdad, y como una totalidad no fragmentada, que implica un proceso de desarrollo y crecimiento integral, basado en el potencial humano (Riveros, 2014).

De manera que, la American Association of Humanistic Psychology (AAHO) en 1962 concluyó que el objetivo de la Psicología humanista es conocer el mundo interior del ser humano para así trabajar por su realización personal, dado que se basa en un modelo de ciencia orientado a la experiencia, al posicionar a la persona como su centro de estudio, y por ende plantea los siguientes supuestos, expuestos por Sánchez (1998, citado por Rosso y Lebl, 2006), estos son:

1. La vida es un experimento vivido desde adentro de la persona.
2. Todo conocimiento es relativo según las representaciones, la experiencia y la creatividad.
3. La persona se debe de ver holísticamente.

Por consiguiente, Rosso y Lebl (2006) añaden que el humanismo se basa en la autonomía y en la responsabilidad que tiene el sujeto en vista de sus comportamientos y decisiones, por lo que se tienen en cuenta los siguientes postulados básicos de Bugental, (1964; citado por Quitmann 1989, p.19-20), que permiten comprender la perspectiva humanista:

1. “El hombre vive de forma consciente”.
2. “El ser humano está en situación de elegir y decidir”.
3. “En su condición de ser humano, el hombre es más que la suma de sus componentes”.
4. “La existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones humanas”.
5. “El ser humano vive orientado hacia una meta”.

De modo que, se tiene en cuenta que el humanismo surge y retoma algunos postulados filosóficos que se acercan a la experiencia humana desde su existencia única y auténtica, como lo plantean Husserl, Heidegger y Nietzsche, entre otros (Riveros, 2014).

Con todo, Mearns y Thorne (1988, citados por Rosso y Lebl, 2006), mencionan que en el humanismo fenomenológico existencial existen principios fundamentales dentro de los cuales se destaca la relación terapéutica como una cualidad que impacta el proceso de atención, al posibilitar la experiencia de cambio, a partir de tres factores:

1. La congruencia de las emociones personales, con la voluntad y la comunicación.
2. La aceptación positiva y el respeto por el otro.
3. La comprensión empática.

Razón por la cual el cambio y la atención se favorecen por la interacción, al entender que los fenómenos desde esta perspectiva se basan en una relación intencional entre el mundo y la persona, y/o entre persona-persona, ya que esto permite construir la realidad y un tejido sólido que se entiende como experiencia, lo que se da por un encuentro Yo-Tu, personal y comprometido, que implica exigencias y necesidades funcionales (Moreira, 2001; citado por Sassenfeld y Moncada, 2006).

En síntesis, la RT ha sido uno de los conceptos fundamentales del humanismo, al trabajar en torno a la experiencia emocional desde el vínculo y la búsqueda de un cambio centrado en los significados, los sentimientos y los comportamientos, al acercarse al sentido de la experiencia (Cañero-Pérez, 2018), y por tanto es entendida como una experiencia de transformación y un encuentro interpersonal caracterizado por la participación activa de sus integrantes, puesto que busca generar y construir una relación íntima, ya que se considera que es una experiencia para el crecimiento y el desarrollo personal (Múnera, 2014; Rosso y Lebl, 2006).

Relación interpersonal

Para entender la RT, se implementa la comprensión de la relación interpersonal (RI) como una conducta social que establecen las personas, y se da por medio de una interacción recíproca basada en procesos de comunicación, confianza y reconocimiento (Porrás, 2018; Tenemaza y Miranda, 2016).

De ahí que, desde la fenomenología existencial esta se define a partir de la dimensión social del ser humano, puesto que se encuentran en constante interacción con sistemas sociales que determinan su desarrollo personal, aclarando para ello que el término interpersonal da cuenta de una relación basada en la proximidad y el compromiso en la interacción, a partir de aspectos como la intimidad y la cooperación, lo cual varía según el objetivo y el estilo de la relación (Romero, 2012).

Experiencia

La experiencia vista como un fenómeno psicológico, es entendida desde Romero (2012) quien plantea que existen múltiples definiciones de la misma, y por tanto, no se encuentra una en concreto, al existir formas complementarias de entenderla, para lo cual propone tres formas (Romero, 2012, p. 184), estas son:

1. Experiencia como resultado de la praxis: Es decir, la forma en la cual las personas comprenden y dan sentido a su diario vivir y a sus acciones, esto en función de los significados y los mecanismos con los cuales logran responder a una situación.
2. Experiencia como realidad vivida y personal: En esta perspectiva, la experiencia se da en el momento en el cual una situación afecta a la persona en el ámbito existencial y psicosomático, lo cual se relaciona con la idea de que la experiencia es personal, porque cada uno la experimenta de una forma distinta, íntima y privada, a partir de los sentimientos, recuerdos, creencias y sensaciones.
3. Experiencia como síntesis del acontecer personal: Esta se basa en el principio de que las personas normalmente están haciendo y viviendo algo; y que esto se determina por vivencias previas, las cuales pueden reconstruirse y generar nuevas impresiones, lo que determina el comportamiento y el significado de la situación.

Dichas formas de experiencia son complementarias y se determinan por la relevancia de los eventos, es decir, el rol de estos en la historia de las personas, ya que dichas experiencias intervienen en la forma en la cual el sujeto actúa y organiza su vivencia, y por lo tanto su estructura psicológica (Romero, 2012).

A partir de lo anterior, se definen la vivencia, la intencionalidad y el significado como características de la experiencia.

Vivencia

La vivencia es un factor fundamental a la hora de aproximarse a la experiencia, ya que a partir de esta las personas dan cuenta de los significados que determinan su estructura psíquica, esto con relación a su proyecto de vida, sus comportamientos, creencias y sentimientos (Romero, 2012). Es así que las experiencias se convierten en vivencias al integrarse con la realidad anímica y los mecanismos de asimilación y comprensión del mundo, ya que cada evento se torna relevante o no, según, la relación que el mismo tenga con la historia, deseos, intenciones y proyectos de la persona (Romero, 2012).

Intencionalidad

La intencionalidad hace parte del proceso experiencial propuesto por De Castro, García y González (2017) quienes plantean que a partir de este, la persona logra conectarse con sus valores, proyecto de vida, y por tanto, entender su pasado, vivenciar su presente y orientar este

último, a su futuro. Ahora, dicho proceso, se compone por la triada: deseo, voluntad e intencionalidad y se relaciona con la forma en la cual la persona elige relacionarse con sí mismo, con los demás y con el mundo, al construir significados de forma consciente.

Por lo anterior, dicho proceso, parte del deseo como fuerza vital que impulsa al ser humano a través de sus necesidades vitales, dando paso a la voluntad, la cual direcciona sus impulsos y emociones, para así llegar a la intencionalidad, entendida como la acción, es decir, la fase en la cual el deseo se vincula con la voluntad para orientar el comportamiento en situaciones concretas que le permitan a la persona continuar con su proyecto de vida (De Castro, García, y Eljagh, 2012).

Significados

Ahora bien, el concepto de significados expuesto por Schutz (1993), da cuenta de la forma en la cual las personas comprenden, definen y asumen su experiencia, es decir, el cómo valoran su vivencia, ya que esta toma relevancia a partir de procesos de reflexión en donde las personas perciben su actitud y toman conciencia de ella por medio de actos de atención, lo cual permite reconocer que los mismos son cambiantes y se configuran en un contexto y/o situaciones distintas.

Por lo tanto, se considera que estos son interpretaciones subjetivas que se dan a partir de las vivencias personales y qué éstas se relacionan con los significados de otras personas por medio de tipificaciones y esquemas de sentido (nosotros-ellos), lo anterior, sin llegar a tener una comprensión idéntica (Schutz, 1993).

Marco epistemológico

La epistemología da cuenta del estudio del conocimiento y los medios por los cuales las personas analizan, cuestionan y construyen el saber, esto a través de la interacción entre sujetos y objetos, y con la realidad (Barragán, 1996).

Fenomenología hermenéutica

La fenomenología hermenéutica es una ciencia descriptiva y comprensiva que estudia los fenómenos puros, es decir, trata de acercarse al fenómeno directamente desde la comprensión e interpretación que tienen las personas que se relacionan con este; lo anterior,

para comprender la experiencia de los sujetos, y por tanto, el cómo sienten, vivencian e interpretan la realidad (Zuleyka y Olivety, 2015).

Desde esta perspectiva, la hermenéutica se entiende como un estudio interpretativo, que proviene del griego Herméneutique, que hace referencia al arte de interpretar textos, con el fin de identificar su sentido, a través de la expresión lingüística, (Diccionario Hispánico Universal, 1961; citado por Arráez, Calles y Moreno de Tovar, 2006). Es decir, la hermenéutica es aquella forma de interpretar y otorgar sentido a lo que otra persona dice.

La hermenéutica se ha transformado a lo largo del tiempo, por lo que se destacan los siguientes momentos históricos que hicieron parte de su evolución:

1. En el siglo IV a.C, Aristóteles promovió los análisis interpretativos de los textos religiosos, jurídicos y literarios (León, 2009).
2. Entre el siglo XVIII y el XIX, Schleiermacher creó la teoría general de la hermenéutica, separándola de la teología (León, 2009).
3. En el siglo XIX, Dilthey elaboró la hermenéutica filosófica sustentando los principios de las ciencias del espíritu, alejándose de las ciencias de la naturaleza (León, 2009).
4. En el siglo XX, Heidegger y Gadamer estudiaron nuevas formas de comprender la realidad, por lo que crearon sus propias reglas metodológicas, aclarando que socialmente los prejuicios y expectativas alteran la forma de entender la realidad, y que por ende la interpretación es finita e histórica (Arráez, Calles y Moreno de Tovar, 2006; León, 2009).
5. Además, en el siglo XX, Edmund Husserl dio paso a la fenomenología como forma de acercarse a la realidad, tomando como punto de partida la experiencia, dejando a un lado la actitud natural, a partir de la idea de que la realidad es cambiante y relativa y que por esto todo depende de la vivencia del ser humano (San Martín, 1987).

Lo anterior, dio paso a los planteamientos de Heidegger (1927-1962, citado por Packer, 1985) quien da cuenta de las modalidades de compromiso práctico, reflexivo y teórico, ya que esta epistemología permite comprender y estudiar los fenómenos al entender que las acciones tienen una lógica semántica más no causal, y que por tanto, son complejas y no tienen un único significado, sino que los mismos se basan en la comprensión de cada observador.

Asimismo, se tiene en cuenta que la epistemología fenomenológica hermenéutica pretende estudiar la acción humana de forma cautelosa, al tratar de dejar a un lado los supuestos del investigador, ya que busca acercarse a la interpretación que cada persona tiene desde su vivencia (Packer, 1985). Lo que se relaciona con el hecho de que desde esta epistemología se pretende comprender el sentido, esto por medio del Dasein es decir la existencia, la cual está encubierta por la experiencia y la interpretación de las personas, lo que hace que el mundo sea inteligible (León, 2009).

Por lo dicho, se tiene en cuenta que para Heidegger como lo plantea Packer (1985), la “Auslegung” o interpretación, es posterior a la comprensión, ya que esta última da cuenta del saber hacer, y por tanto de lo que cada persona entiende del mundo y de sí mismo (Estrada, 2018). Por lo que la Epoché o reducción de juicios se torna una actitud fundamental para escuchar al otro, ya que esta pretende reducir los problemas en la relación, puesto que se busca tener consciencia de sí mismo y poner entre paréntesis los sesgos personales y profesionales, y así no obstaculizar el proceso de escucha (Sassenfeld y Moncada, 2006).

En esta perspectiva, la relación terapéutica se entiende como una experiencia que se construye en función de la interacción, es decir que la historia de las personas y la forma en la que narran sus vivencias se determina en el acto reflexivo por el cual se significan a sí mismos y organizan su comportamiento; lo anterior, por medio de un ida y vuelta en el que el ser humano sale y se encuentra con el mundo del otro, enfrentándose con su propia experiencia, su voluntad e intenciones; ya que este acto le permite reconocer su construcción psíquica y así generar nuevas comprensiones en torno a las relaciones (Sánchez, Blas y Ortiz, 2015).

De esta forma, la RT se configura como una vivencia corporal, verbal, simbólica y de significado, dada en un contexto y en un tiempo determinado, es decir, es un encuentro físico de representaciones, motivaciones e intenciones que se construye e interpreta por medio de los marcos de referencia contruidos previamente (Sánchez, Blas y Ortiz, 2015).

En síntesis, el presente trabajo asume la postura fenomenológica hermenéutica ya que esta posibilita el estudio de la forma en la cual las personas interpretan el mundo, a partir de la construcción de narraciones e ideas integradas a su estructura experiencial, por medio de procesos reflexivos que en el diálogo le permiten al investigador comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de los tres profesionales en salud (médico, enfermero y odontólogo), esto, al reconocer que cada una de

sus experiencias son únicas, pero que a su vez hacen parte de redes de sentido que pueden ser interpretadas.

Multidisciplinar

Relación terapéutica

La relación terapéutica ha sido un tema ampliamente abordado en las ciencias de la salud, ya que la misma da cuenta del proceso de interacción y la forma en que se organiza el encuentro terapéutico y el proceso de intervención, lo cual se relaciona con la formación de los profesionales como lo exponen Assunção y Queiroz (2015). En este orden de ideas, algunos de los planteamientos dados en las disciplinas de la salud se presentan a continuación.

En la medicina, Torres (2018) estudia la RT como un problema de investigación, ya que considera relevante explorar las habilidades que favorecen la interacción humana, para así reducir las dinámicas de poder y la relación asimétrica, es decir, aquella en la que se posiciona al profesional por encima del consultante a raíz de su saber, por lo anterior, la relación médico-paciente (RMP) se percibe como un proceso de comunicación que posibilita el encuentro terapéutico a partir del diálogo y la empatía.

Perspectiva que se sustenta en lo dicho por Ñique-Carbajal (2014) quien aclara que a lo largo de la historia de distintas disciplinas de la salud se ha mantenido un esquema de dependencia en donde se privilegia el conocimiento del profesional, sin embargo, el autor añade que con el paso del tiempo posturas como la de la odontología han promovido un nuevo paradigma en la RT, el cual se basa en un modelo autónomo y contractual en donde ambas partes asumen su responsabilidad en la interacción y respetan la libertad del otro, esto desde una lógica de bienestar, ética y bioética; comprensión que genera un cambio en la práctica asistencial y en los procesos de estudio y formación (Apolo-Pineda, Apolo-Morán y Apolo-Morán, 2017).

En lo que respecta a la enfermería, la RT se concibe como el elemento principal en el encuentro en salud, y se compone por un conjunto de factores como el lenguaje y variables personales y socioculturales (creencias y valores), que se conectan en un proceso de “negociación intersubjetiva”, que facilita el acto de cuidado, al involucrar a consultantes y enfermeros/as como el principio fundamental de la interacción (García y Rodríguez, 2005).

De modo similar, en la terapia ocupacional, la RT es la interacción personal que se establece más allá del tratamiento y las técnicas interventivas, razón por la que Rosa (2011, citada por Castellanos, 2016, p. 37), propone un enfoque centrado en la relación en el ejercicio profesional de los fisioterapeutas y los terapeutas ocupacionales, para así determinar el éxito de la intervención, lo anterior, a través de la cooperación y el intercambio emocional.

En esta lógica, Bellido y Berrueta (2011) citan a Early (1993) quien propone una serie de cualidades que favorecen el establecimiento de la RT, estas son la proximidad, el autoconocimiento, la coherencia, la empatía, entre otras; las cuales son vistas como herramientas en el proceso de interacción, ya que se plantea que la relación debe ser auténtica y por tanto, el terapeuta debe dar cuenta de la forma en la cual percibe la interacción, sus objetivos y las expectativas del proceso.

Sumado a esto, Rojas (2011) estudia desde la dimensión terapéutica del trabajo social, la RT desde una mirada horizontal, en donde los participantes son personas activas y responsables dentro del proceso de intervención. Además, esta es vista como un medio para ejercer los derechos humanos, ya que se considera que tanto el profesional como los consultantes son garantes de derechos. Esto al reconocer que los procesos terapéuticos son espacios de interacción humana, contextualizados y éticos, y que los mismos deben asumir con responsabilidad las demandas de la sociedad por medio de las relaciones sociales y la construcción de herramientas y posibilidades para el cambio (Rojas, 2011).

Relación interpersonal

La relación interpersonal (RI) se asume desde la sociología como una realidad en donde la persona se convierte en un principio y agente en la configuración de la sociedad, asumiendo de esta forma la relación como un todo intencional en un contexto simbólico y cultural, lo cual se caracteriza por ser un intercambio que tiene una estructura y finalidad (Garro-Gil, 2017).

De modo que la RI, es asumida como un tejido social que permite una acción recíproca mediada por la expresión, lo que posibilita la construcción de significados y creencias, en donde el individuo se entiende a sí mismo (Herrera, 2000). Por lo que esta, en la sociología, es un proceso de interacción físico y/o simbólico, que a través de la comunicación y la

negociación de significados, gestos y comportamientos promueve y facilita el cambio constante y el re-ajuste mutuo (Maestro, 2012).

Experiencia

La experiencia se construye desde los significados que establecen las personas al relacionarse con el mundo, ya que está da cuenta de la interpretación de la realidad, por medio de la construcción de narraciones o historias, que se determinan por la vivencia, la subjetividad y los sentimientos del ser humano (Pinzón, 2015).

Es así que en la filosofía, la experiencia se entiende a través de la vivencia y la comprensión literaria, ya que esta sugiere que la persona utiliza pre-esquemas comprensivos que le permiten adquirir nuevos aprendizajes al vivir situaciones que le generen inquietud, lo cual, explica el proceso de comprensión de las obras literarias y artísticas, ya que estas generan un acercamiento a nuevos fenómenos, que al ser interpretados posibilitan espacios de reflexión y por tanto la creación de nuevas creencias, ideas y sentidos (Torres, 2015).

Marco normativo/legal

La investigación se soporta en la Constitución Política de Colombia (1991), que orienta y determina el funcionamiento territorial, más específicamente en el artículo 49, el cual dispone que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado”; por lo que “se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (p.49).

En virtud de ello, se considera que el Estado colombiano es el encargado de gestionar y organizar la prestación de servicios de salud, tanto de las entidades públicas como privadas, con el fin de controlar y vigilar su funcionamiento, garantizando que las mismas se organicen en niveles de atención y participación, en donde la atención básica, sea gratuita, para favorecer el cuidado integral de las personas.

En esta perspectiva, el artículo 366 sustenta que el Estado tiene como finalidad velar y trabajar por el bienestar y la calidad de vida de las personas, tratando de suplir las necesidades insatisfechas de salud a partir de planes y presupuestos nacionales y territoriales; aclarando para ello en el artículo 44, que la salud es un derecho fundamental para los niños, niñas y adolescentes.

Igualmente, la Ley Estatutaria 1751 del 2015, se enfoca en “Garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección”, lo anterior, al reconocer el derecho a la salud como parte fundamental que responde a la autonomía individual y colectiva de la población (Congreso de Colombia, 2015).

En consecuencia, dicha Ley en el Capítulo 3, Artículo 17 “Profesionales y trabajadores de la salud”, da cuenta de la autonomía, la ética y el cuidado del ejercicio profesional, al evidenciar las limitaciones del mismo, en función de la seguridad y el control; lo cual se acompaña por lo descrito en el artículo 18, referente al respeto y a la dignidad de los profesionales en salud, ya que aclara que estos deben contar con labores justas y dignas que promuevan estabilidad y oportunidades de crecimiento personal.

Además, la investigación también se sustenta en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP), del Ministerio de Salud y Protección Social (2013), como documento técnico encargado de la regulación y presentación del plan de trabajo a nivel nacional y territorial en Colombia, esto a partir de los objetivos de Desarrollo del Milenio, y algunas disposiciones generales que se organizan como principios rectores del servicio de salud, como lo son la Constitución Política y el derecho fundamental a la salud presentado en la Sentencia T-760 de 2008 y la Ley 1450 de 2011 (Ministerio de salud y Protección Social, 2013).

El PDSP se basa en el Modelo de determinantes sociales de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se enfoca en el cuidado, bienestar y desarrollo humano con relación a las situaciones y condiciones sociales que determinan la salud de las personas, para así responder a un eje central de equidad en salud y desarrollo humano a través de la promoción en salud, el fortalecimiento sanitario y la gestión de riesgo y salud pública; lo anterior, por medio de ocho dimensiones: 1. Salud ambiental; 2. Derechos sexuales y sexualidad; 3. Convivencia social y salud mental; 4. Seguridad alimentaria y nutricional; 5. Vida saludable y condiciones no transmisibles e incapacitantes; 6. Vida saludable libre enfermedades transmisibles; 7. Salud pública en emergencias y desastres; 8. Acciones transversales.

Por esta razón, se estudia la atención humanizada con el fin de facilitar el desarrollo de habilidades y competencias a partir del buen trato y la formación ética y responsable del talento humano en salud. Es por esto que se tiene en cuenta el documento técnico: “Perfiles y competencias profesionales en salud” propuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), el cual da cuenta de las directrices y competencias de la labor de los profesionales en

salud, al describir las condiciones del contexto y las necesidades del mismo en función de la prestación del servicio de salud.

De este modo, se considera relevante la Ley 1090 del 2006 (Congreso de Colombia, 2006), por la que se regula el ejercicio profesional del psicólogo en correspondencia con el código deontológico y bioético, debido a que en la misma se presentan los principios generales y universales de la labor profesional, dentro de los cuales se destacan la responsabilidad, los altos estándares legales, morales y de competencia, esto acompañado por regulaciones en torno a la confidencialidad, los procesos de evaluación, investigación y el establecimiento de relaciones interpersonales, aclarando para ello las actividades del ejercicio profesional, los campos de acción, los requisitos, al igual que los derechos y deberes que posibilitan el actuar del psicólogo.

Por ende, es preciso aclarar que la labor investigativa y científica hace parte de las consideraciones tomadas por la Ley 1090, puesto que esta determina la responsabilidad de los ejercicios de investigación, y por tanto de su metodología, materiales, procesos de análisis y las prácticas correctas para la devolución y presentación de resultados, lo que se regula a partir de principios básicos planteados por el Congreso de Colombia (2006), dentro de los que se destacan el realizar ejercicios científicos basados en la ética profesional, salvaguardando el bienestar de los participantes al hacer un buen uso de la información, implementar el consentimiento informado y reconocer los derechos de propiedad intelectual, entre otros.

Antecedentes investigativos

La relación terapéutica es un tema que impacta a las ciencias de la salud por la conexión que tiene con aspectos como el éxito interventivo, la adherencia a los tratamientos, la ética y el cuidado, entre otras variables que determinan la labor de los profesionales en salud.

Por este motivo, los roles que tienen el consultante y el terapeuta, son de gran importancia en la toma de decisiones y en la construcción de discursos, debido a que intervienen en la forma en la cual se dan los procesos de atención y el éxito o adherencia de los mismos, razón por la que se plantea que existen habilidades y acciones transversales que influyen en la conexión y el alcance de los objetivos terapéuticos (Castro, 2018).

En este sentido, los antecedentes investigativos del presente trabajo se remiten a estudios de las ciencias de la salud que han indagado la importancia de la RT entre el

profesional en salud y el consultante, lo cual se relaciona con el estudio realizado por Assunção y Queiroz (2015) en la Universidad de Brasilia con estudiantes de ciencias de la salud, que buscó conocer cómo se entiende la RT en la formación de los estudiantes, al reconocer los alcances que tiene la misma en su desarrollo personal y profesional.

Algunos de los avances investigativos desde el campo de la psicología, se centran en la relación o vínculo terapéutico, al ser temas de gran importancia a lo largo de la historia, lo que ha generado distintas teorías y perspectivas derivadas del contexto histórico y cultural, que se han enfocado en el bienestar, el estilo terapéutico y en el reconocimiento de las subjetividades del consultante y el profesional (Múnera, 2014; Mendoza, 2016).

En vista de lo anterior, la RT se investiga como un encuentro interpersonal, el cual tiene como objetivo llevar a cabo un proceso de acompañamiento y terapia, al determinar la forma en la cual se establece la conexión entre el terapeuta y los consultantes, esto a partir del reconocimiento de la existencia, las emociones, las necesidades, entre otros aspectos, que están relacionados con la experiencia y el saber de los participantes de este encuentro (Fernández, 2016).

Por lo dicho, esta relación parte de algunos principios como lo plantea Villegas (2013, citado por Fernández, 2016), los cuales son: saber acoger al otro, establecer una relación basada en el acompañamiento emocional y la proximidad, en otras palabras, el amor desde el respeto, el afecto y el interés; lo cual es entendido como una alianza terapéutica o amor terapéutico que surge a partir del estar ahí y que permite comprender la experiencia del otro.

En este orden de ideas, Javitt (2017) plantea que la RT cuando se fundamenta en la empatía y en la autenticidad, se convierte en una herramienta esencial para los procesos de cambio y la movilización de los recursos del consultante, esto por medio de una investigación de orden cualitativo, más puntualmente, un estudio de caso que surge desde una intervención logoterapéutica que plantea la necesidad de que la RT se dé a partir del “Ser” de las personas que participan en el encuentro.

Al respecto, Fernández-González; Herrera-Salinas y Escobar-Martínez (2016) realizaron una investigación cualitativa que buscó conocer cómo el vínculo afectivo es comprendido desde la perspectiva de los adolescentes, partiendo de la idea de que este posibilita el cambio y el bienestar físico y mental de los participantes, y que la misma es vista como una representación personal y un encuentro orientado al cuidado, la seguridad y la confianza, esto sin olvidar que dicha descripción parte de una comprensión subjetiva.

De acuerdo a lo anterior, se plantea la importancia de tener en cuenta el ciclo vital en la relación terapéutica, ya que se deben considerar las variables evolutivas para entender y reconocer la experiencia de las personas, lo cual se relaciona con la idea expuesta por Mendoza (2016) quien también se centra en la RT en adolescentes para reconocer los niveles de conciencia, motivación y conexión de los mismos, para lo cual investiga la influencia que tiene dicha relación con los procesos de cierre en los procesos interventivos.

Ahora bien, al entender que la relación terapéutica interviene en la construcción identitaria del terapeuta y el consultante, se aborda el estudio de Mendoza (2016) quien llevó a cabo una investigación-intervención cualitativa, más específicamente un estudio de caso, en torno al proceso de formación de terapeutas y su relación con la identidad, esto al entender la RT como un encuentro, que permite generar nuevas formas de actuar, sentir y conectarse con las emociones.

De esta manera, la RT se entiende como un vínculo emocional y colaborativo el cual cuenta con un objetivo, tiempo e intervención que se debe caracterizar por ser genuino, congruente, respetuoso y empático, razón por la que se genera un estudio bibliográfico por medio de una metodología cualitativa desde la cual se reconoce la importancia de la motivación, las emociones, la versatilidad, el cuidado, entre otros (Viegas Cavalheiro, Vieira Melo (2016).

La RT se ha estudiado con el fin de establecer variables y condiciones que posibiliten el éxito del proceso psicoterapéutico y por este motivo se tienen en cuenta los planteamientos de Etchevers; Simkin; Putrino; Greif; Garay y Korman (2013), quienes evalúan la creencia de los estudiantes en torno a la relación y la actitud terapéutica, esto a través de una investigación cuantitativa, la cual permitió llegar a la conclusión de que la RT interviene en la adaptación, la empatía, el interés, la calidez y el diálogo fluido, resaltando la importancia de abordar estos factores, para promover la realización de mejores procesos de intervención y de formación.

Asimismo, Páez (2016) estudió aspectos relacionados con el proceso terapéutico en donde investigó cómo promover el cambio por medio de experiencias resilientes, teniendo en cuenta para ello la importancia del encuentro terapéutico como el contexto en donde emergen nuevas posibilidades y formas de construir y entender las experiencias humanas, esto a partir de una postura narrativa desde la que se significa que la relación terapéutica es un medio colaborativo, el cual permite un diálogo generativo que promueve y construye en la interacción nuevas formas de entender el fenómeno.

Desde otra perspectiva, la RT se considera un vínculo terapéutico, entendiéndolo como lo propone Queiroz (2017) como un reto para el psicólogo a la hora de trabajar procesos simultáneos o grupales, debido a que el vínculo debe darse desde un espacio de reflexión y atención desde los primeros momentos del encuentro para así contribuir al entendimiento del otro.

En otras palabras, Kastrani, Deliyanni-Kouimtzi y Athanasiades (2017) estudian el proceso terapéutico con mujeres y el cómo este es mediado por la RT, la cual es asumida como una característica transversal en el proceso psicoterapéutico, relacionada con la confianza, la cercanía, los límites, la empatía, la aceptación, lo cual da cuenta de la necesidad de construir un ambiente seguro para llevar a cabo un proceso efectivo.

Adicionalmente, Vélez (2014) aporta una comprensión desde el vínculo terapéutico para la construcción del bienestar psicológico, esto por medio de una investigación de orden cualitativo, que buscó entender la postura de los psicólogos clínicos con relación al bienestar y el vínculo, logrando identificar la relación directa de dichas categorías y la influencia de las mismas en la práctica clínica.

Es así que al reconocer la importancia del vínculo, se estudia el debilitamiento del mismo para conocer cómo se genera este y cómo afecta la relación y el proceso interventivo, esto a partir de una investigación cualitativa desde la cual se estudia la experiencia del diálogo (Fossa y Molina, 2017). En otros términos, la construcción del vínculo se media por un intercambio verbal, entendido como un proceso relacional y una experiencia emocional que se da por una co-construcción entre subjetividades (Molina; Ben-Dov; Diez; Farrán; Rapaport; Tomicic, 2013; Fernández, 2015).

Sumado a esto, Alzugaray (2015) realiza una investigación cualitativa de la importancia del vínculo terapéutico en el contexto de la psicología clínica, abordándolo como un tema de estudio que se desprende del concepto de alianza y relación terapéutica y desde la transferencia-cotransferencia, por lo que se hace la aclaración de que el vínculo es una unión basada en la intersubjetividad, la intra-subjetividad y lo trans-subjetivo.

Por otra parte, Barros, Altimir y Pérez (2015), desarrollaron un estudio cualitativo del comportamiento no verbal en función de la alianza terapéutica, con el fin de reconocer las reacciones afectivo-faciales de los consultantes en los momentos de ruptura de la misma, lo anterior, con el objetivo de entender los procesos de vinculación en la RT, entendiendo esta como la conexión establecida entre las subjetividades del terapeuta y el consultante.

En conexión, Carvalho, Pacheco y Röhnelt (2015), estudian la alianza terapéutica en procesos de intervención con niños, teniendo en cuenta su relación con el éxito terapéutico, esto a partir de una revisión documental en donde se plantea que hace falta investigar esta dinámica desde los múltiples actores del proceso, las características de la relación, las fases de la intervención y los beneficios o limitaciones de la misma.

Postura compartida por Fluckiger, Wampold, Del Re y Horvath (2018) quienes plantean la relación entre la alianza terapéutica y el éxito de la psicoterapia, al entender ésta como un proceso colaborativo que se construye entre el cliente y el terapeuta, aclarando que se deben tener en cuenta otras variables como la cultura, la población y la modalidad terapéutica (presencial o virtual).

En este mismo sentido, Bautista (2014) posiciona al terapeuta como un ser con la posibilidad de co-evolucionar en el contexto terapéutico, reconociendo su participación y su rol en la emergencia del cambio, destacando la importancia de la autorreferencia y la heterorreferencia en la construcción de la relación. Lo cual se complementa con la investigación de segundo orden, llevada a cabo por Páez, Hernández, Jiménez; Restrepo y Zuluaga (2017) quienes trataron de identificar la forma de potenciar la autorreflexividad, al entender que la misma es una herramienta para la construcción terapéutica.

De igual modo, Soto (2017), Falcão (2014) y Nienhuis (2014) estudian la relación entre la alianza terapéutica con aspectos como la personalidad, la empatía y la autenticidad para así evidenciar la conexión entre estos aspectos para la estructuración del encuentro terapéutico, dando cuenta de otras variables que intervienen en el mismo, como lo son la percepción del terapeuta y factores como el género y la etnia, entre otros.

Por lo tanto, se estudia la relación entre el apego, la alianza terapéutica y variables como la mejora sintomática y la continuidad del proceso interventivo, planteando que el estilo de apego puede conllevar alteraciones en la alianza al generar patrones inestables de relación, en donde se identificó que la alianza y el apego no se ven afectados por la finalización del proceso terapéutico, cuando se construye un apego adulto, puesto que este se mantiene en el tiempo (Lossa, 2015; Rossetti y Botella, 2017).

Desde otro punto de vista, en la medicina se estudia la relación médico-paciente (RMP) dejando de lado la comprensión asimétrica en el proceso terapéutico, lo cual dio paso a la comprensión de que la forma de entender lo humano debe ser transversal, es decir, se debe posicionar a todas las personas como iguales, razón por la cual se estudia el cómo por medio

de la didáctica y la enseñanza se pueden potenciar habilidades que a través del acto médico favorezcan la relación humana (Torres, 2018).

De igual forma, Núñez, Arias, Sánchez, Hernández, Bustamante, Reupo y Díaz-Vélez (2015) estudian la percepción del paciente en función de la (RMP) partiendo de la idea de que esta es un eje fundamental en la actividad clínica y que hace referencia a procesos de comunicación y mediación que buscan el desarrollo humano, lo cual se sustenta en la necesidad de humanizar la disciplina con el fin de promover la autonomía, la empatía, el diálogo, entre otros valores que posibiliten el proceso terapéutico.

Igualmente, Otávio, Nogueira y de Oliveira (2017) estudian la comunicación en la RMP y el cómo esta influye en los sentimientos, la sinceridad y en la intervención de afectaciones físicas o emocionales. En este orden de ideas, se plantea la importancia de la RMP en los procesos terapéuticos, razón por la cual se estudia la narrativa de pacientes, cuidadores y profesionales con el fin de reconocer las problemáticas en la relación y las complicaciones que las mismas pueden generar en el diagnóstico, la intervención y en la adherencia (Lopera-Vásquez, 2018).

También, se investigan los cambios dados por la comunicación directa y la mediada por herramientas digitales, lo que permite dar cuenta de la importancia de reconocer las ventajas y desventajas de este mecanismo, como instrumento para la comunicación, lo cual invita a estudiar las formas de comunicación que pueden posibilitar el éxito del proceso y la percepción de las distintas personas que hacen parte del mismo (Alkureishi, Lee, Lyons, Press, Iman, Nkansah-Amankra, Werner y Arora, 2016).

Lo que se articula con lo planteado por Seymour, Yang, Getman, Barrow y Kalenderian (2015) quienes adicionan la variable de las herramientas digitales y mediáticas que alteran los mecanismos de información y relación; al ser un instrumento para la educación centrada en el paciente, lo cual da cuenta de las nuevas dinámicas de interacción y formación que demanda la evolución del contexto social.

Un ejemplo de ello son las aproximaciones de Ramírez y Müggenburg (2015) y Elers y Gilbert (2016) quienes al ver al hombre como un sujeto social promueven la importancia de la comunicación en sus distintas modalidades para cuidar y satisfacer las necesidades del otro, comprensiones que en la enfermería permiten entender la relación interpersonal como un fenómeno de estudio asociado al cuidado humano, que tiene en cuenta el rol de la comunicación para potenciar de forma ética la totalidad del ser humano.

De ahí que, Santos, Dos Santos, Crispim, De Macêdo y Mendes (2019) hicieron un análisis de literatura que les permitió conocer cómo se ha abordado la RT en la enfermería y la importancia de la misma en el proceso de cuidado, añadiendo para ello el hecho de que en la práctica, algunos profesionales no llevan a cabo procesos de autorreflexión y minimizan la autonomía de las personas.

Lo que se conecta con el estudio de Landman, Salazar, González, Romero, Conejera, Gacitúa, Órdenes y Quiroz (2016) quienes se aproximaron a la percepción del cuidado a partir de la experiencia de las enfermeras, por medio de un estudio cualitativo fenomenológico en el cual se asumió la importancia de la relación transpersonal en el contexto médico, aclarando que esta debería ser auténtica y genuina, para propiciar autonomía, comunicación y cuidado.

En otro énfasis, desde la fisioterapia, se llevó a cabo un estudio de la bioética en la práctica y en la formación, donde se menciona que la relación que se establece con el paciente puede estar conectada con los errores en la práctica, bien sea por omisión, falsificación o encubrimiento, lo cual se denomina un dilema ético y por tanto, se plantea que la responsabilidad, la confidencialidad y la autonomía deben ser principios fundamentales a la hora de establecer esta relación, y por esto, uno de los ejes de formación de habilidades profesionales en los procesos de intervención (Leite y Koifman, 2017).

Motivo por el que en la fisioterapia, la RT se entiende como una interacción que se genera a través del tiempo, puesto que desde la entrevista, se construye una alianza que influye en la intervención, por medio de la comunicación y factores como la empatía, la transferencia y la co-transferencia, definiendo la importancia de aspectos como la confianza, la libertad, la información, el trato personalizado, entre otros, como categorías que posibilitan la motivación y el tratamiento; lo dicho, a partir de un estudio cualitativo fenomenológico (Aguado, 2014).

A su vez la RT es relevante en la práctica clínica odontológica, al ser uno de los fenómenos más complejos en el actuar profesional, por lo que según Renelde (2018) y Apolo-Pineda, Apolo-Morán y Apolo-Morán (2017), la misma requiere la integración de saberes enfocados en la motivación, la personalidad y la satisfacción de necesidades, que permitan contribuir a la forma en la cual no solo se establece una conexión con el paciente, sino también con su familia y/o allegados. Por ende, se da cuenta de la importancia de la humanización en la intervención, al ser un mecanismo que favorecer el ejercicio y rol profesional, en la atención clínica y en los consultorios públicos y privados (Caroso, Almeida, Dos Santos, De Oliveira, Oliveira y Donha, 2016).

Método

La presente investigación se llevó a cabo por medio de una metodología cualitativa, ya que esta permite acercarse a la realidad desde la experiencia de la persona que significa y construye esta, para así entender las actitudes, comportamientos y conocimientos que rodean un fenómeno en específico (Bonilla y Rodríguez, 1977); en este caso, para comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales (Un médico, un odontólogo y un enfermero) en ciencias de la salud en Bogotá.

De este modo, se retomó a Hernández, Fernández y Baptista (2014) quienes plantean que la metodología cualitativa consiste en llevar a cabo investigaciones naturales e interpretativas, que a partir de un diseño flexible, permitan obtener datos profundos, en otras palabras, que indaguen el fenómeno de investigación de forma amplia, para así dar paso a procesos de reflexión que faciliten su descripción y comprensión, al mantenerse una interacción directa con los participantes y al aproximarse a su vida cotidiana, esto por medio de la subjetividad y la intersubjetividad como mecanismos de interacción y construcción de significados (Bonilla y Rodríguez, 1977).

Tipo de diseño

El diseño de la investigación es el fenomenológico hermenéutico, el cual según Fuster (2019) y Zuleyka y Olivety (2015), permite una aproximación a la interpretación y descripción de la experiencia vivida de los participantes, a partir de los significados construidos por los mismos al interactuar con el mundo. En otras palabras, este diseño retoma el paradigma fenomenológico como movimiento filosófico que se acerca a la experiencia sin generar suposiciones, y a la hermenéutica como aquella forma de interpretar y significar los fenómenos para así hacerlos comprensibles, lo que se relaciona con los siguientes supuestos de Fuster (2019), quien define la fenomenología hermenéutica como:

1. Un acercamiento a la descripción e interpretación de la experiencia vivida.
2. Una metodología que se centra en la conciencia que tiene el individuo del fenómeno.
3. Una aproximación reflexiva a la experiencia personal.

Sumado a esto, De Castro (2008) aclara y especifica las características de la investigación fenomenológica hermenéutica como una forma de aproximarse al contenido y al

proceso de la experiencia, siguiendo para ello la propuesta metodológica de Martínez (2001), la cual consiste en seguir las leyes de (una buena Gestalt), es decir, entender la experiencia como un todo que se da y se construye gracias a la suma de sus partes.

Por lo que este tipo de diseño busca el sentido de la experiencia y de la conducta humana, al integrar y enriquecer el conocimiento, a partir de procesos de descripción orientados a interpretar y captar la función del fenómeno estudiado en la vida del sujeto, lo cual se logra según Martínez (2001), a través de ocho dimensiones planteadas por Von Eckartsberg, que configuran la esencia de la realidad (Cómo, por qué, a qué nivel, cuándo, dónde, quién, qué y a quién), es decir, ocho formas de aproximarse al significado y al evento que configura la experiencia de las personas.

Perspectiva en la cual, el investigador es aquella persona que está orientada a conocer el significado, el sentido y la importancia de los fenómenos (Ayala, 2008), por lo que debe basarse en la reducción de juicios, puesto que esta permite tener una actitud de escucha, en la cual se busca reducir las predisposiciones personales para así no obstaculizar el proceso que se lleva a cabo (Sassenfeld y Moncada, 2006).

Trayectoria

La trayectoria se basó en la metodología expuesta por Morán (2007, citado por De castro, García y González, 2017) la cual surge de un replanteamiento epistemológico y metodológico del método fenomenológico y la hermenéutica, el cual se divide en tres etapas, como se observa en la Figura 1.

Figura 1. Trayectoria y etapas de la investigación fenomenológica hermenéutica.



Figura 1. Representación de las tres etapas de la metodología de la investigación fenomenológica hermenéutica: Descriptiva, estructural y exponencial. En donde se especifican las características de cada etapa a partir de puntos clave. Elaboración Propia, adaptado de “Método fenomenológico hermenéutico: una propuesta desde la psicología” por De Castro, 2008, citando a Martínez, 2002.

La investigación dio inicio con la clarificación del tema a investigar y las categorías de estudio, para lo cual se identificaron los antecedentes, la problematización y la justificación del trabajo, desde los cuales se desarrollaron las preguntas, los objetivos orientadores y de seleccionaron el método y las estrategias de recolección de información, para así proceder a implementar las mismas (Etapa descriptiva).

Lo que dio paso a la interpretación de la experiencia de los participantes, al familiarizarse con su discurso y de esta forma delimitar las categorías y unidades de sentido por las cuales se comprende la vivencia de los profesionales, identificando los significados que dan respuesta a la pregunta y objetivos de la investigación, en aras de facilitar la interpretación de la información y realizar su transcripción a lenguaje científico, sin alterar el sentido de la experiencia de los sujetos (Etapa estructural).

Para concluir, en la Etapa exponencial, se llevó a cabo el análisis y la socialización de resultados de forma individual con cada uno de los participantes (médico, odontólogo y enfermero), dando cuenta de un marco general de los alcances de la investigación, las limitaciones y las posibles recomendaciones, para así recibir una retroalimentación, que buscó

conocer si los profesionales sentían que su experiencia se reflejaba en el análisis realizado, lo que concluyó en la elaboración del documento final, el cual se acompañó por un resumen de la investigación, que fue entregado a los participantes después de la aprobación del proyecto investigativo.

Instrumentos y estrategias de recolección-construcción

Al retomar el diseño fenomenológico hermenéutico, se tiene en cuenta la importancia de implementar instrumentos que permitan acercarse a la experiencia, los significados y las narraciones de los participantes, por lo que se utilizó la entrevista, al entenderla como un diálogo semiestructurado que posibilita conocer la forma en la cual se comprende la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud (De Castro, 2008; Martínez, 2004).

Por lo dicho, se implementó la entrevista fenomenológica, debido a que esta permite por medio del diálogo acercarse a la forma en la cual la persona entiende su interacción con el mundo, sin perder de vista sus principios, creencias y proyectos, lo que nutre y amplía la descripción obtenida en los encuentros y por tanto, el acercamiento a la experiencia, lo que la posiciona como la técnica más adecuada para realizar estudios fenomenológicos hermenéuticos, según Monje (2011) y Moreno (2014). En este orden de ideas, la recolección de la información se organizó de la siguiente forma:

1. Primer encuentro: Entrega y lectura de la carta de presentación de la investigación, cuyo fin era que el participante logrará reconocer las características, los objetivos y el procedimiento del ejercicio investigativo.
2. Segundo encuentro: Lectura del consentimiento y aclaración de dudas, con el fin de que el profesional aceptara o no participar en la investigación, dando una copia del consentimiento, en donde se encontraban los datos de contacto de los investigadores.
3. Tercer encuentro: Proceso de contextualización y recolección de información, se realizaron (entrevistas) en 1 (una) o máximo dos (2) sesiones con una duración de una (1) hora y media, según la necesidad del espacio.
4. Cuarto encuentro: Socialización y devolución de los resultados iniciales de los hallazgos investigativos en las entrevistas, para así recibir retroalimentación de los participantes y trabajar por la validez y la fiabilidad de los datos.

5. Quinto encuentro: Devolución de resultados y conclusiones, entrega del resumen de la investigación.

Cabe aclarar, que los encuentros tuvieron en cuenta las siguientes características:

1. Las entrevistas se dieron en espacios cerrados, en donde solo estaban los investigadores y el participante, acompañado en la primera sesión, por un testigo, para la realización de la firma del consentimiento informado.
2. Las preguntas de las entrevistas, fueron invitaciones que pretendían ayudar al participante a seguir explorando su experiencia (Martínez, 2014), y por tanto, se utilizaron expresiones como “Podrías decirnos algo más acerca de ello”, “Nos darías un ejemplo”, entre otras, como se puede observar en el guion de entrevista, el cual consiste en una serie de preguntas semi estructuradas, que facilitan un diálogo abierto, centrado en la experiencia única del participante (Guerrero-Castañeda, De Oliva, & Ojeda-Vargas, 2017), el guion se encuentra en el anexo 2 y responde a tres fases:
 1. Contextualización Inicial.
 2. Preguntas alrededor de 3 categorías.
 - a. Significados de la relación terapéutica.
 - b. Relación entre la vivencia de la relación terapéutica con las formas de interacción que generan los profesionales en salud con sus consultantes.
 - c. Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la relación terapéutica.
 3. Finalización y conclusiones del encuentro.

Estas fases y categorías se construyeron por medio de una Matriz de sentido (Ver Anexo 3), es decir, una tabla de doble entrada que permitió la intersección de información (Borda, Dabenigno, Freidin, y Güelman, 2017), que en este caso da cuenta de las categorías de investigación y la forma en que las mismas fueron abordadas a partir de la revisión teórica, la lógica investigativa, la relación entre categorías y las preguntas del guion de entrevista.

Lo que según Martínez (2001), responde a la estructura fenomenológica de la vivencia, por lo que a la hora de construir el guion de entrevista, se tuvieron en cuenta ocho (8) categorías que se encuentran en el gráfico de la experiencia octaédrica de Von Eckartsberg (Martínez, 2001, p.187), como se puede observar en la Figura 2, las cuales dan cuenta de la

forma en la que se puede interpretar la vivencia de las 3 categorías expuestas en la matriz de sentido que se encuentra en la Tabla 1.

Figura 2. Experiencia Octaédrica de Von Eckartsberg.



Figura 2. Experiencia Octaédrica de Von Eckartsberg (1979, citado por Martínez, 2001, p. 187). Los 8 elementos (Cómo, dónde, por qué, a quién, a qué nivel, qué, cuándo y quién) señalados con flechas contienen y representan la experiencia de un evento según la vivencia de las personas. Adaptado de “Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación” por M. Martínez, 2001, México DF: Trillas. p.187.

Tabla 1. Matriz de sentido del guion de entrevista.

MATRIZ DE SENTIDO		
Categoría	Comprensión teórica	Preguntas
Significados de la relación terapéutica.	La relación es vista como un encuentro interpersonal caracterizado por la participación activa de sus integrantes, puesto que se busca generar y construir una relación íntima, basada en la autenticidad, la aceptación y la comprensión empática, ya que se considera que es una experiencia para el crecimiento y el desarrollo personal (Múniera, 2014; Rosso y Lebl, 2006). Lo anterior, se relaciona con lo expuesto por Buber en el texto de Sánchez (1998, citado por Roso y Lebl,	¿Qué significa para usted la relación terapéutica que establece? ¿Cómo ha sido su experiencia en torno a la relación terapéutica en el ejercicio de su labor? Para usted ¿Cuál es el rol de la relación terapéutica? ¿Podría hablar más de esto?

	2006) quien plantea que la relación al estar abierta a la experiencia de un otro, es un encuentro personal (Yo - Tú) que posibilita la libertad del Ser.	
Relación entre la vivencia de la RT con las formas de interacción que generan los profesionales en salud con sus consultantes.	Las formas de interacción y el comportamiento se retoma desde la intencionalidad entendida desde la triada: deseo, voluntad e intencionalidad, expuesta por De Castro, García y González (2017) quien plantea que el proceso experiencial le permite a la persona conectarse con sus valores, proyecto de vida y por tanto entender su pasado, vivenciar su presente y orientar este último a su futuro. La intencionalidad, entendida como la fase en la cual el deseo se vincula con la voluntad para así orientar la acción en situaciones concretas que le permitan a la persona continuar con su proyecto de vida.	¿Cómo la RT con sus consultantes se conecta con su ejercicio profesional? ¿Por qué decidió enfocar su labor al campo de la salud? ¿Cuándo ha sentido que la relación con sus consultantes le ha permitido cumplir con sus metas?
Relación entre la vivencia de la RT con las formas de interacción que generan los profesionales en salud con sus consultantes.	La humanización puede ser entendida desde el término humanizar, el cual desde la Real Academia Española (2019) se entiende como “Hacer humano, familiar o afable a alguien o algo”, lo que en este caso se entiende como el hacer humana la atención en salud. Adicionalmente, la humanización, es vista como una actitud que determina e impacta la experiencia de la salud de profesionales, familiares y consultantes, y por tanto su comportamiento; esto al entender que las personas son una totalidad holística, y que su subjetividad se medía por su vivencia corporal, emocional, sus creencias, entre otros (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).	¿Cómo la RT con sus consultantes se relaciona con la humanización del contexto?, ¿Usted siente que recibe un trato humanizado al llevar a cabo su ejercicio profesional?, A partir de su experiencia ¿El sistema de salud colombiano brinda condiciones humanizadas para su labor en las ciencias de la salud?

Nota: En la imagen se representan las categorías de la investigación, las cuales guardan relación con los objetivos y se acompaña de una comprensión teórica y sus respectivas preguntas. Elaboración propia.

Instrumentos y estrategias de procesamiento o sistematización

El procesamiento de la información se llevó a cabo por medio del modelo propuesto por Martínez (2001) y De Castro (2008), en el que se aborda la investigación fenomenológica hermenéutica a partir de tres etapas (descriptiva, estructural y exponencial), las cuales se encuentran en la Figura 1.

Centrándose en la etapa estructural, es pertinente aclarar que ésta consiste en tomar la información recolectada, para que así el investigador logre familiarizarse con el sentido de la

experiencia de las descripciones realizadas por los participantes alrededor de los objetivos de la investigación, para así delimitar las unidades de sentido y fragmentar las grabaciones en categorías que permitan significar el fenómeno, lo dicho, con el fin de transformar la narración de los participantes en lenguaje científico.

Dando paso a la etapa exponencial donde se realizó el análisis por medio del programa Atlas. Ti 8, al segmentar y codificar los audios, generando mapas que retoman el discurso de los participantes, lo cual se puede evidenciar en los anexos 8, 9 y 10.

En consecuencia, esta etapa se divide a partir de siete (7) fases, expuestas por Martínez (2004, p.145):

1. Lectura general de la descripción de cada protocolo: Revisión documental.
2. Delimitación de las unidades temáticas: Agrupación de las unidades significantes y constituyentes que otorgan sentido y estructura a la experiencia.
3. Determinación del tema central que domina cada unidad temática: Se simplifican las unidades temáticas y se identifica el eje o el tema central de las mismas, determinando el significado y el sentido de estas.
4. Expresión del tema central en lenguaje científico: Se expresa en lenguaje técnico y científico las comprensiones expuestas en las unidades temáticas.
5. Integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva: Se determina la intención y la estructura de las unidades temáticas a partir del reconocimiento de las creencias, los sentimientos y las actitudes de la persona.
6. Integración de todas las estructuras particulares en una estructura general: Se integran las comprensiones de cada uno de los documentos e instrumentos en una sola descripción la cual busca dar cuenta de la estructura fundamental del fenómeno.
7. Entrevista final con los sujetos estudiados: A partir de un encuentro individual con los participantes de la investigación se lleva un proceso de divulgación de los resultados con el fin de recibir retroalimentación de los mismos, y así mejorar los procesos de discusión y las comprensiones generadas alrededor del fenómeno.

De este modo, cabe aclarar que para esta etapa se salvaguardó la información en carpetas cifradas con contraseña, al igual que las matrices y mapas de red con los audios, esto con el propósito de mantener la confidencialidad de los datos y responder a lo planteado en el consentimiento informado, el cual se encuentra en el anexo 1.

Participantes

La investigación se llevó a cabo con tres (3) profesionales en ciencias de la salud de la ciudad de Bogotá, aclarando para ello que las profesiones consideradas como ciencias de la salud, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016) son: enfermería, fisioterapia, fonoaudióloga, medicina, odontología, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, entre otras.

Siendo así, los criterios de selección fueron:

1. Ser mayores de edad, debido a que NO se trabajó con niños, niñas, ni adolescentes.
2. Estar graduados en las profesiones de: medicina, enfermería y odontología, ya que en las estadísticas sanitarias mundiales, de la Organización Mundial de la Salud (2014), se da cuenta de que la fuerza laboral con una tendencia más alta en Colombia son estas tres profesiones, debido a que la medicina cuenta con una densidad en fuerza laboral sanitaria por diez mil habitantes de 14.7%, la odontología con 9.2% y la enfermería, con 6.2%.
3. Estar o haber ejercido su labor en un contexto clínico o médico en la ciudad de Bogotá, debido a que no se trabajó con investigadores, administrativos o educadores que no tuvieran experiencia práctica en el área asistencial.

Por ende, se realizó un muestreo no probabilístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014) e intencional (Martínez, 2004), en donde se creó una base de datos de 9 profesionales, de los cuales se seleccionaron 3, quienes aceptaron hacer parte del presente trabajo después de recibir una presentación inicial del mismo, la cual se encuentra en el anexo 4.

Consideraciones éticas

La presente investigación buscó comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá; a partir de una investigación basada en el marco ético de la psicología, expuesto por el Congreso de la República (2006) en la Ley 1090, la cual reglamenta el ejercicio de la psicología por medio del Código Deontológico y Bioético, por lo que se pretende de forma ética y responsable trabajar y conocer los fenómenos humanos en favor de las personas en los distintos ámbitos de su vida y por tanto contribuir a su bienestar.

Asimismo, se tuvieron en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993, planteada por el Ministerio de Salud y Protección Social (1993) en la cual se encuentran las disposiciones que rigen las investigaciones en salud, en este caso, orientada a conocer desde la psicología, la forma en la cual los profesionales experimentan la relación terapéutica y la humanización desde su vivencia, esto a partir de una investigación con seres humanos como lo menciona dicho decreto en el capítulo 1.

Partiendo de lo dicho se resaltan algunos principios que determinan la labor investigativa, como lo son:

1. La responsabilidad: Hace referencia a las buenas prácticas, en donde el profesional se asegura de que su labor sea utilizada de una forma correcta, asumiendo su rol y las consecuencias que puedan generar sus intervenciones (Congreso de la República, 2006); al controlar y dar cuenta de los riesgos mínimos que pueden afectar a los participantes (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993).
2. La confidencialidad: Da cuenta del manejo adecuado de la información, al estar protegida por el consentimiento informado y desde el secreto profesional, aclarando que esta debe de ser guardada, a menos que esto pueda conllevar un daño evidente en la vida del participante u otras personas, o en el caso de que el sujeto o su representante legal soliciten su conocimiento, lo anterior, a partir del Art. 23, el Art. 24 y el Art. 25 de la Ley 1090 del 2006. De esta forma, se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos basados en la propuesta de Meo (2010) quien plantea mecanismos internacionales por los cuales se deben cuidar los intereses de los participantes, estos son:

- a. Generar un espacio de diálogo en donde los participantes resuelvan dudas en torno a la investigación antes de decidir participar en esta.
 - b. Realizar la lectura del consentimiento informado para así generar claridad frente a las características de la investigación y los derechos que les acogen en la misma.
 - c. Determinar con el consentimiento de los participantes la forma de recolección y almacenamiento de la información, garantizando su anonimato.
3. El bienestar del usuario: Entendido como la responsabilidad que tiene el psicólogo y por la cual debe reconocer la integridad y la libertad de las personas, al igual que propender por su bienestar, al reconocer que los participantes de la investigación tienen derecho de retirarse de la misma o decidir qué preguntas responder y cuáles no.
 4. Los derechos de beneficencia y no maleficencia: En los que se estipula que se debe trabajar por el bienestar de las personas y evitar el daño físico, emocional o psicológico, para así impedir el malestar que se le pueda generar a los participantes de la investigación (Congreso de la República, 2006). Motivo por el que a lo largo de los encuentros se trató de comprender la experiencia de los participantes otorgándoles la libertad de tocar o no temas sensibles, y aclarando que en el caso de ser requerido se identificaran las rutas de atención o seguimiento necesarias.

Es por esto que, la investigación se llevó a cabo desde los siguientes principios del Artículo 36 de la Ley 1090 del 2006:

1. En el momento en el que alguna situación desborde el ejercicio de investigación (Dificultades en el trabajo, frustración, auto-flagelación, entre otros), se remitirá al participante a un profesional competente que pueda acompañar y brindar asesoría.
2. Los instrumentos de investigación utilizados (Entrevistas), fueron instrumentos ya validados y utilizados en el campo de la investigación psicológica, y como lo menciona Martínez (2004), hacen parte de las principales técnicas para la recolección de datos en las investigaciones cualitativas, en este caso desde el método fenomenológico, y por ello se tuvieron en cuenta las restricciones y los cuidados necesarios para su aplicación, como el uso de guiones de entrevista y la firma del consentimiento informado.

Por consiguiente, los resultados de dichos instrumentos fueron tratados de forma sistemática y cuidadosa dando respuesta al Artículo 47 y 49 de la Ley 1090 del 2006, lo cual se relaciona con el hecho de que el presente proceso de investigación al ser un diseño fenomenológico hermenéutico, contó con un espacio de clarificación y retroalimentación para garantizar que las conclusiones de la investigación respondieron a las comprensiones y experiencias de los participantes, cuidando así que la misma fuera responsable con la información brindada por los mismos (De Castro, 2008).

Cabe resaltar, que la presente investigación tuvo un riesgo mínimo (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993), ya que no se pretendió afectar, ni generar condiciones de control a los participantes, por lo que la misma se enfocó en recolectar información relacionada con la experiencia vital y laboral de los profesionales en ciencias de la salud, sin perder de vista que lo más importante del acto investigativo es respetar la autonomía y la libertad de los participantes.

De modo que, desde el enfoque de Acción sin Daño (Rodríguez, 2008) se tuvo en cuenta que las posibles consecuencias del ejercicio investigativo se encuentran relacionadas con los procesos auto-reflexivos, la angustia por la dinámica laboral, la identidad de los profesionales y el manejo de situaciones desbordantes relacionadas con el ejercicio profesional, razón por la cual se buscó reducir las tensiones del proceso investigativo al regular el mismo a partir de la ética deontológica, es decir, la acción moral y responsable desde la cual se da prioridad a los derechos y al cuidado del otro (Rodríguez, 2008).

Este trabajo se sustentó en los tres principios de la ética expuestos desde el enfoque de Acción Sin Daño, planteados por Rodríguez (2008), para lo cual se utilizó la metodología propuesta por Vázquez (2008, citado por Pérez, 2010), quienes representan el siguiente esquema para asumir la dignidad, la autonomía y la libertad como principios de la investigación y la acción, lo cual se representa en la Figura 3.

Figura 3. Adaptación del esquema metodológico para una Acción Sin Daño.



Figura 3. El enfoque de acción sin daño se divide en cuatro dimensiones que permiten dar cuenta del cómo implementar las estrategias y los procesos de análisis para garantizar una intervención ética, integral, flexible y reflexiva. Adaptado de” Documento de política: Enfoque de Acción Sin Daño” por D, Pérez, 2010, Colombia. p. 14.

Desde esta perspectiva, los principios de Acción Sin Daño son:

1. **Dignidad:** El ser humano en sí mismo es irremplazable, único y valioso, por lo que se posicionó a este y a su experiencia como el fin del ejercicio investigativo, lo que se sustenta en la concepción Kantiana que propone que el ser humano no tiene precio a diferencia de los objetos (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, 2008; Bolívar y Vásquez, 2017).
2. **Autonomía:** Es la capacidad con la cual cuentan los seres humanos para orientar sus acciones y decisiones en función de sus principios y valores, para favorecer su autorrealización (Rodríguez, 2010), por lo que se considera determinante el respeto de los ideales de las otras personas, para así no asumir una postura paternalista que pueda limitar y afectar sus elecciones y comportamientos (Bolívar y Vásquez, 2017).
3. **Libertad:** Es la capacidad que tienen los seres humanos para desde su libre albedrío elegir lo que quieren ser y hacer, dentro de su contexto social, al tener como única restricción el no generar daño a los demás (Rodríguez, 2010; Duque, 2016).

Resultados

El presente apartado expone los hallazgos investigativos, para así comprender la vivencia de la RT y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales (un médico, un odontólogo y un enfermero) en ciencias de la salud en Bogotá. Los resultados están divididos en tres apartados que dan cuenta de las categorías de la investigación, expuestas en el método.

Se aclara que para aproximarse a la experiencia, el investigador debe entenderla como una historia narrada alrededor de un conjunto de eventos, compuesta por ocho dimensiones, que se dividen en dos partes: los elementos existenciales (significados) y la estructura personal (suceso) como lo refiere Von Eckartsberg (citado por Martínez, 2001, p. 185); por lo que desde la figura 4, se entiende que existen ocho formas de comprender la experiencia de los participantes.

Figura 4. Estructura del proceso de un evento vivencial de Von Eckartsberg.



Figura 4. Representación del proceso de construcción de la historia de un evento a partir de dos áreas: los elementos existenciales y la estructura personal, desde la comprensión de Von Eckartsberg (1979, citado por Martínez, 2001, p. 186). Adaptado de “Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación”, por M, Martínez, 2001, México DF: Trillas. p. 186.

Significados de la relación terapéutica

Los significados en torno a la RT, se representaron a partir de los códigos E1 (odontólogo), E2 (médico) y E3 (enfermero), y el análisis de los resultados de las entrevistas, se organizaron por medio de mapas de red, en donde se exponen las convergencias y divergencias del discurso en tres unidades de sentido, como se representa en la figura 5.

Figura 5. La relación terapéutica desde la experiencia de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.

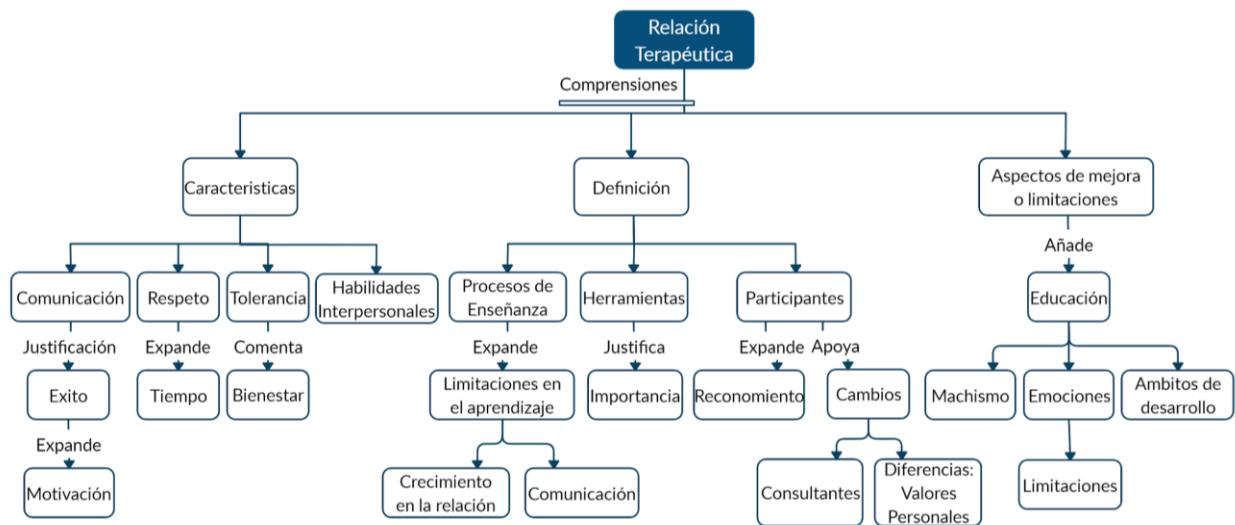


Figura 5. Mapa mental de las convergencias y divergencias de las historias y las descripciones realizadas por los participantes, para lo cual se retomaron palabras clave de los mismos, las cuales se relacionan con los segmentos de audio de las entrevistas. Elaboración propia.

Dichas unidades de sentido alrededor de la RT, son: 1. Su significado; 2. Sus características; y 3. Sus Aspectos de mejora o limitaciones; añadiendo a esto, el hecho de que esta se asume como una herramienta que se basa en la interacción y cuenta con un objetivo en común orientado al cuidado. De forma que la RT se representa desde la definición del participante E1:

“Una relación es una comunicación entre dos personas que tienen algo en común o que comparten algo en común, ya sea una amistad... es algo que compromete a dos personas...y la relación terapéutica es una relación en la cual se están favoreciendo ambas partes, es un bien común entre las partes... Es implícita y puede darse o no

puede darse, ... y puede sentirse, hay un compromiso entre los dos, no es un convenio ... pero como yo la veo la relación terapéutica es algo que hace bien a las dos partes ... Y es terapéutica en el sentido de que hay una solución a algo que quiere hacer la persona que viene acá, ... Es decir, la relación se establece porque yo necesito algo, y es terapéutica, porque se relaciona con el área de la salud, porque si fuera construir una pared no sería terapéutica, sería otro tipo de relación” (Participante E1, minuto 3:50).

Muestra de lo anterior, se observa en el siguiente fragmento del participante E2, quien comenta y justifica que la relación es:

“El eje central, porque uno puede mandar un medicamento que es muy bueno y va a curar al paciente, pero si uno no tiene una buena relación, el paciente no es adherente al tratamiento o no va a creer que le va a funcionar... Es la base, con la que uno puede lograr todas las metas que uno quiere” (Participante E2, minuto 12:45).

Lo anterior, se complementa con la idea mencionada por el participante E1 quien refiere que la relación terapéutica, logra ser un instrumento importante para el ejercicio de su labor, y que este se media por otras herramientas como lo es la comunicación, lo cual se sustenta en la siguiente afirmación: “Es la base... porque mientras el paciente tenga un sentimiento de que se está comunicando 100 % conmigo, mejor paciente va a ser, ... es una relación a largo plazo donde dependo del otro para hacer un buen trabajo” (Participante E1, minuto 2:58).

En este orden de ideas, al entender cómo significan los participantes la RT se retoman algunas habilidades como lo son: la tolerancia y la escucha asertiva, ya que para ellos, estas les permiten alcanzar los objetivos propuestos desde su labor, al entender que relacionarse y estar para el otro, son la base de los procesos en salud, ya que involucran un contacto humano único.

De esta forma, a partir de las entrevistas se tuvieron en cuenta los valores y principios personales de los participantes (responsabilidad, libertad en la comunicación, tolerancia, entre otros), ya que estos permiten construir significados distintos en función de la motivación de los mismos, en conexión con lo anterior, el participante E1 comentó la importancia de:

“Ser responsable,... se supone que yo soy la responsable... y yo necesito lograr motivación, que me crea y se sienta tranquilo de lo que le estamos haciendo y se sienta

libre de comunicar y decir lo que no le gusta... la misión mía es estar muy lista, muy pendiente, muy receptiva a esa comunicación y ver cuando la persona está bien” (Participante E1, minuto 10:42).

Adicionalmente, se reconoce el rol de la relación en la forma en la cual los participantes orientan su vida y su comportamiento hacia el bienestar y cuidado de otras personas, al asumir la responsabilidad de construir un ambiente y una relación óptima que facilite y potencie el cuidado humano. Así pues, desde esta perspectiva se concibe que existen dos focos que motivan la relación y la acción de los participantes:

1. El cuidado del otro, es decir, al orientar su labor en función de “ayudar a las personas en sus necesidades y a que las resuelvan... es todo el cuidado integral del ser humano” (Participante E3, minuto 15:52).
2. La “realización personal” (Participante E2, minuto 8:14), entendido como la forma en la que el profesional siente que su labor le permite cumplir sus objetivos personales (ejercer su carrera profesional, hacer parte del proceso de salud, aprender, entre otros), al igual que adquirir y fortalecer nuevas habilidades y herramientas personales y profesionales.

No obstante, cabe aclarar que los mismos refieren que su labor no es lo que ellos esperaban y por tanto, consideran que en cierta medida no favorece a su desarrollo y realización personal, ya que se sienten limitados, lo cual afecta su motivación a seguir ejerciendo su profesión y su satisfacción personal al pensar que su labor no es lo suficiente, cómo lo sustenta el participante E2, quien menciona:

“En lo asistencial hay un aspecto muy bonito de trabajar con los pacientes directamente, pero hay algo que en el sistema de salud, y muchas cosas, que hacen que sea difícil prestar una buena atención, y eso para mí es frustrante...; y a algunos médicos sí les gusta eso de ¡Gracias doctor!, pero siento que eso a mí no me hace falta, así que trato de dar mi granito de arena de otra forma, para sentirme feliz” (Participante E2, minuto 8:14).

Es decir, la RT para los participantes es vista como una herramienta por la cual logran conectarse y comunicarse con los consultantes, familiares o cuidadores, y de esta forma se convierte en un elemento “muy importante, y entonces depende también de cómo ellos lo vean

a uno, les hables y eso, pues porque así mismo ellos te van a colaborar y te ayuda mucho a interactuar...” (Participante E3, minuto 20:09).

Aclarando para ello que según la forma de relación que se establece, se pueden favorecer los procesos de diagnóstico, evaluación y acompañamiento, mejorando de esta forma la eficacia y pertinencia de los procesos de interacción y el curso de las intervenciones, sin perder de vista el hecho de que esta “cambia entre paciente y paciente” (Participante E2, minuto 14:41).

En síntesis, la RT se significa desde la experiencia de los participantes como un proceso de interacción que se determina a partir de principios y valores personales, al igual que por la influencia de sus contextos de aprendizaje y campos profesionales; y que se puede favorecer por un conjunto de herramientas como la comunicación, la tolerancia, el respeto, la empatía, la responsabilidad, la ética, entre otros.

Lo anterior, permite que dicha relación se posicione como el eje central que sustenta el proceso de cuidado y autocuidado, ya que se define como un encuentro entre dos o más personas (Profesional, consultante, familiares, personal de la salud, cuidadores, entre otros), en donde se logran aclarar los objetivos personales y comunes del proceso de intervención, y de esta forma, favorecer la motivación, el compromiso y la organización del ejercicio profesional, aclarando, que al ser una interacción, es única, cambiante, y que puede darse o no.

Por lo que, al entender su relevancia, se considera importante añadir que la RT puede verse afectada por las disposiciones del contexto (normatividades, sociedad, cultura, entre otros), al igual que por la forma en la cual se asume el sistema de salud y los procesos de formación en las ciencias de la salud, ya que lo anterior puede limitar o favorecer la disposición del profesional al momento de conectarse con su experiencia y con la de las demás personas.

Relación entre la vivencia de la relación terapéutica con las formas de interacción que generan los profesionales en Salud con sus consultantes

Este apartado, se orienta al elemento “intencional” del proceso experiencial por el cual los participantes organizan su comportamiento y dan cuenta de la responsabilidad de su actuar en función de la RT, a partir de sus sistemas de valores, creencias, vivencias, deseos y metas, entre otros. De modo que, los resultados se representan en la Figura 6, por medio de un mapa

de red de las entrevistas con los participantes, dando cuenta de tres factores relevantes que orientan el actuar de los mismos: su motivación, su carrera profesional y sus valores personales; evidenciando para ello palabras clave que representan las similitudes y/o diferencias entre los significados otorgados por estos.

Figura 6. La relación de la vivencia con las formas de interacción y la intencionalidad de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.

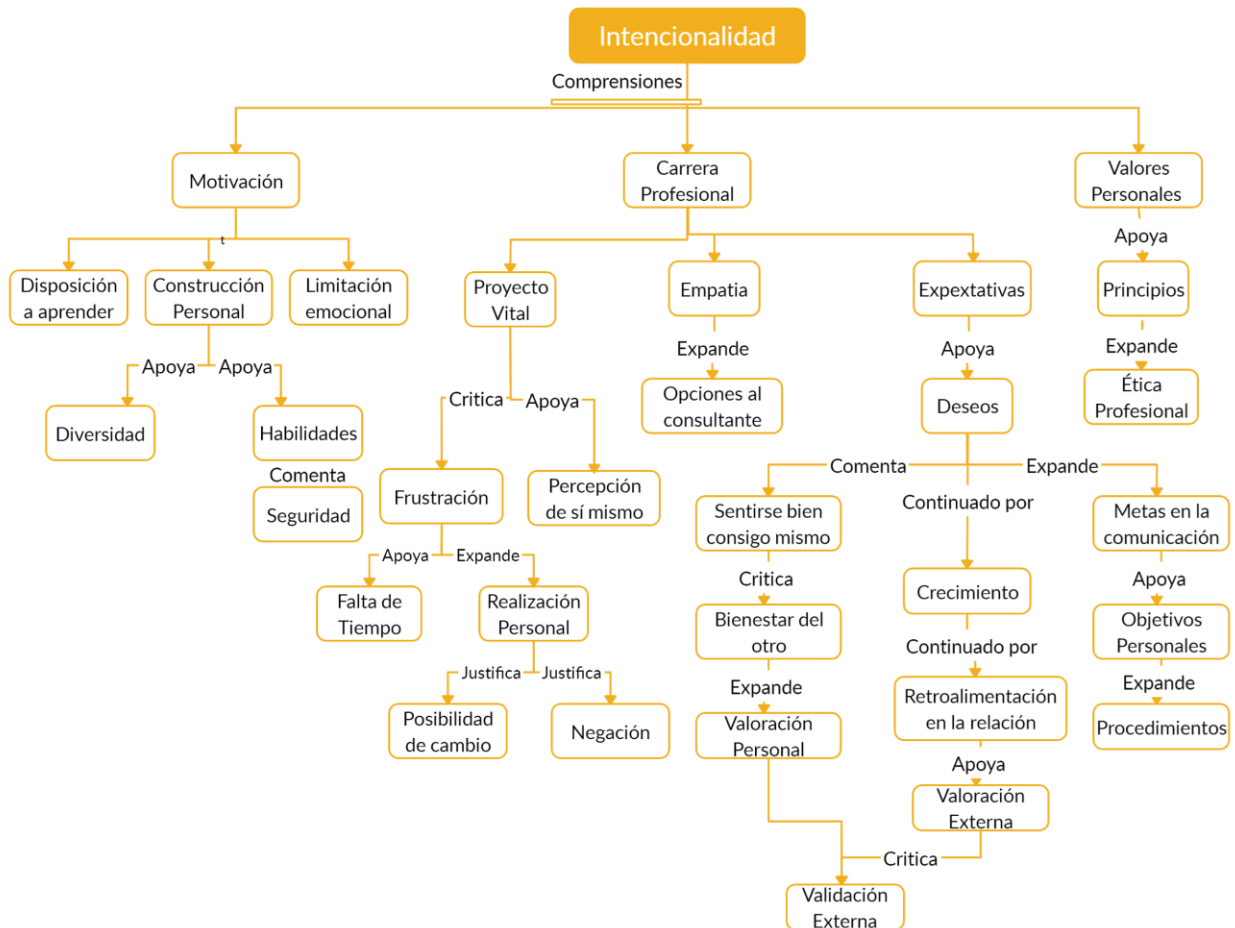


Figura 6. Mapa mental de los segmentos de audio de las entrevistas, en donde, se plantean tres focos de comprensión en función de la intencionalidad o la interacción que generan los profesionales con sus consultantes, estos son: 1. Motivación, 2. Carrera profesional, y 3. Valores personales. Elaboración propia.

En conexión, se evidencia desde el relato del participante E3, la importancia de los principios y valores personales y profesionales en su actuar, como se da cuenta en el siguiente enunciado, en la enfermería: “A uno le ayuda mucho ser muy honesto, y no hacer las cosas por

hacerlas, sino de la mejor manera y hacer que todo lo que uno haga sea para el bien común (Participante E3, minuto 79:24)”, lo que en este caso, hace referencia al hecho de que desde su experiencia, el ejercicio de salud puede ser entendido como un mecanismo de cuidado enfocado en el bienestar y en la protección de las personas.

Sumado a esto, el participante E2, hace referencia a sus deseos y el cómo visibiliza lo que “debería de ser” su quehacer profesional, esto al mencionar características como la empatía, al ser una forma de actuar que busca el bienestar común, al comentar:

“Yo creo que todo el mundo debería ser como empático, o sea, pues yo quiero que la otra persona también esté bien, o sea no hasta el punto en el que me sacrifico,..., pero por qué no puedo ayudar a que todo el mundo como tal, suba un poquito más y esté un poquito mejor, pero creo que eso también falta” (Participante E2, minuto 37:24).

Por ende, al asumir la RT como medio de cuidado en el cual se trabaja por el bien común, se logra dar cuenta de que los participantes a pesar de entender que la relación es bidireccional, dirigen su actuar en función de valores orientados al cuidado del otro, lo que genera limitaciones y contradicciones, en respuesta a las demandas contextuales y a la posición social que se les otorga en función de lo que debería ser y hacer un profesional de la salud; un ejemplo de lo dicho se refleja en el nivel comportamental a partir de la negación, como lo menciona el participante E2, desde la medicina:

“Yo creo que mucha gente hace negación, o sea, como que no está pasando nada, pero llega como a las seis de la mañana y sale a las once de la noche, nunca ve a los hijos, ... , pero no está mal visto en la medicina que tu estés horas e incluso es al revés, ¿Cómo no te vas a quedar?” (Participante E2, minuto 48:06).

Por otra parte, este fragmento se relaciona con la forma en la cual los participantes significan el contexto de la relación y el ejercicio de su labor, ya que al dar respuesta a las dimensiones del “Cuándo” y “Dónde”, los mismos refieren que el entorno social y los procesos de formación pueden determinar su quehacer profesional, aclarando que más allá de sus expectativas y creencias, existen costumbres y dinámicas socioculturales que pueden interferir y/o limitar la construcción de la RT

Ahora bien, los participantes manifiestan diferencias en función del ejercicio que pueden realizar según el área de su desempeño (Asistencial, investigativa, educativa, entre

otras) y si su práctica es privada o responde a redes de servicio público, ya que los tiempos y actividades en cada una de estas es diferente, lo cual genera implicaciones en la calidad de la relación. En vista de lo anterior, la siguiente afirmación hace referencia a la forma en la que uno de los participantes entiende su labor en vista de las condiciones que se desarrollan en su contexto de trabajo:

“El sistema de salud me da 15 minutos para atenderlo, tengo que hacer fórmulas... es que no me da el tiempo, o sea, o hablo con el paciente o escribo en la historia o hago la fórmula, entonces uno también va perdiendo... está escribiendo cosas que no son, porque uno trata de mantener el contacto, entonces no sé, yo creo que es como educación, pero creo que hay problemas más grandes” (Participante E2, minuto 29:30).

De esta forma, se introducen nuevos actores en la comprensión de lo que se construye como RT, por lo que se reconoce la importancia de tener en cuenta que esta se favorece por la participación y la interacción de múltiples actores (sistema de salud, familia, consultantes, cuidadores, personal de la salud, entre otros), y que los mismos organizan su actuar según las demandas sociales y contextuales, al igual que otros sistemas u organismos más amplios como las instituciones educativas y formativas.

En respuesta a la dimensión de “quiénes”, se observó que la RT es vista como una característica de la atención en salud, la cual se dirige tanto a los consultantes, como a sus acompañantes y familiares, al ser: “Un vínculo muy importante que se establece no solo con el paciente sino con la familia” (Participante E3, minuto 18:42), y que se determina por el contexto social.

Añadiendo, que la misma se favorece por una serie de herramientas como lo son: la comunicación, la empatía, la honestidad y la confianza, cómo se ejemplifica en la siguiente afirmación: “Yo creo que la empatía es importante, la honestidad, también es muy importante de ambos lados porque muchas veces también le mienten a uno” (Participante E2, minuto 15:54). Además, otro tipo de aspectos que favorecen la RT y el cuidado humano desde la perspectiva de los participantes son:

“Uno aprende a escuchar y a ser muy tolerante porque las personas no pueden ser como uno quiere que sean, entonces he aprendido mucho la paciencia y la tolerancia, y uno termina aprendiendo a respetar las religiones y las creencias y más, porque no

todos los usuarios son muy abiertos y uno tiene que aprender a convivir con ellos”
(Participante E3, minuto 35:14).

Lo que se acompaña de otro tipo de herramientas enmarcadas en valores de sentido por los cuales los profesionales orientan su labor, como las siguientes:

“La empatía, la honestidad, ... y yo creo que el respeto también es importante, o sea, como que yo puedo entender que mis prioridades pueden ser algunas pero para el paciente sus prioridades pueden ser otras, y digamos que él es el que tiene el problema en salud y uno tiene que respetar, y lo mismo al revés porque, lo siento, cuando se sale de lo que yo puedo hacer, o va contra la ley, entonces, uno tiene que respetar los límites de la otra persona” (Participante E2, minuto 16:39).

Idea que se complementa con la siguiente narración, en la cual se menciona el valor de una herramienta, como forma de facilitar la RT y también de afrontar situaciones o demandas contextuales que pueden alterar el quehacer profesional, esta es:

“La tolerancia, ... porque todos los días son retadores, por una o por otra cosa, y además uno está nuevamente en situaciones en las que no ha dormido, o está trasnochado, o necesita entrar al baño, y uno lleva sentado 4 horas y no hay momento para uno pararse, y es que son necesidades básicas, yo no estoy pidiendo vacaciones, necesito entrar al baño, entonces, ... cuando uno tiene un paciente retador cómo que es fácil que a uno se le salte, ..., así que yo creo que la tolerancia es importante”
(Participante E2, minuto 18:30).

De otro modo, frente al rol de las instituciones educativas en la formación del profesional, en torno a la RT es importante resaltar la forma en la cual se capacita al profesional en los procesos de interacción y en la comunicación que establece con sus consultantes y los familiares de estos, ya que en la descripción de los participantes se denota un vacío, al afirmar que “no se aborda el tema de la relación... y tampoco como estudiante uno es receptivo, a pesar de ser pautas importantes” (Participante E1, minuto 23:35). Lo cual se complementa con la siguiente idea:

“Te enseñan más como las partes técnicas ... , porque en el componente, más de la relación, tú ves a las personas patinando ... y la gente no sabe, porque la parte humana

pues nunca, ¡no te la enseñan!, ... , no sé si es más robótico, pero si es más impersonal, porque yo te veo como un conjunto de signos y síntomas, ... yo creo que será una clase cada 3 semestres... entonces, falta mucho porque es algo que uno aprende al final, es en el día a día con la gente” (Participante E2, minuto 22:34).

Desde otra perspectiva, se considera relevante destacar el rol que se le ha dado al cuidado del otro, y también al hecho de que el profesional se sienta reconocido, como se argumenta en el siguiente fragmento: “Que vean el esfuerzo y que ellos se alegren de que uno se quiera superar, y la parte anímica, porque hay días en los que uno también está mal” (Participante E3, minuto 57:09).

Lo anterior, establece un posible vacío en la relación, ya que los profesionales manifiestan el hecho de que sus necesidades, emociones y situaciones personales son dejadas de lado ya que así son enseñados, puesto que el acto de cuidado y de relación se dirige principalmente a los consultantes, respondiendo de esta forma a la dimensión de “A quién” se dirige el fenómeno.

En efecto, el participante considera que dentro del ejercicio de su labor existen ciertas directrices en función de lo que puede o no hacer frente a sus necesidades y emociones, por lo que menciona: “Es la regla, uno no puede demostrar, uno siente ¡sí!, pero uno no lo puede demostrar delante del paciente y tampoco de su familia... pone un escudo... uno termina convirtiéndose en alguien frío” (Participante E3, minuto 74:16).

De manera que los profesionales al dirigir su acción al cuidado del otro, pueden dejar de lado su autocuidado y motivación, favoreciendo el desgaste profesional, al no satisfacer sus necesidades, lo que a su vez puede afectar la interacción, los procesos auto reflexivos, la construcción de significados y la valoración personal.

Para concluir, los participantes a partir de los significados y los valores construidos logran converger en la idea de que la RT es la base del cuidado humano y que han dirigido su comportamiento en pro de adquirir herramientas y habilidades que les permita sentir que están cumpliendo y asumiendo los deberes y demandas de su ejercicio profesional, añadiendo para ello la importancia de reconocer los límites y de trabajar por el autocuidado, ya que el sentirse agotados por el contexto, promueve una sensación de desgaste que afecta su autorrealización y posiblemente, el desarrollo de sus potencialidades.

Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la relación terapéutica

En torno a la humanización de la atención en salud, la RT y las condiciones del contexto, se da cuenta de dos factores que pueden afectar la humanización de la atención en salud, basados en el relato de los profesionales en salud, estos son: la educación (social y profesional) y la organización del sistema de salud, lo cual se ve representado en la Figura 7.

Figura 7. La relación entre la humanización y la vivencia de la relación terapéutica desde la experiencia de tres profesionales de la salud: Convergencias y Divergencias.

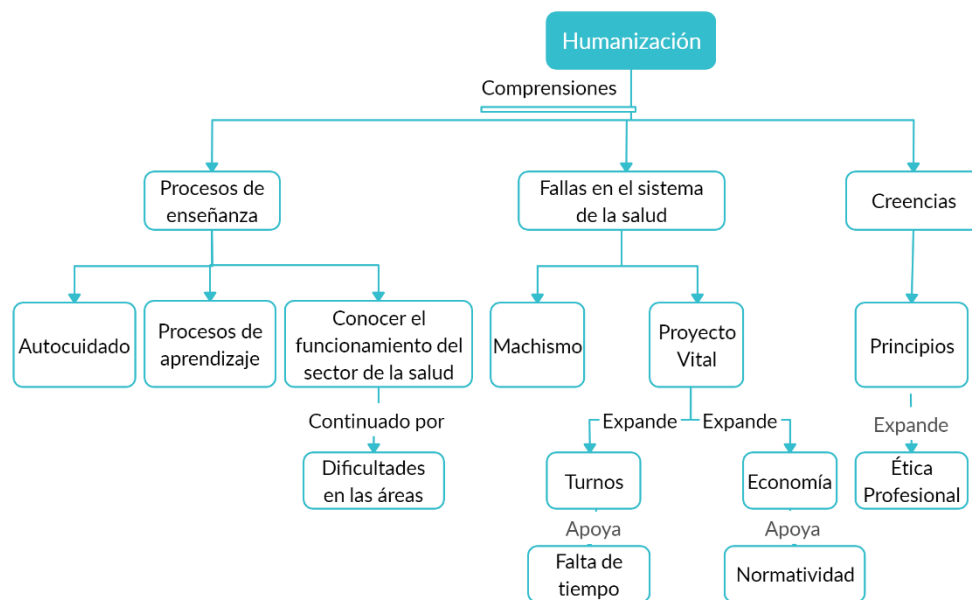


Figura 7. Mapa mental de los significados de la humanización desde la experiencia y el discurso de los participantes, las cuales se representan a partir de los segmentos de audio de las entrevistas, desde tres dimensiones. Elaboración propia.

Los participantes de la investigación plantean tres focos de comprensión en función de la humanización y la vivencia de la relación terapéutica, estos son: 1. Procesos de enseñanza; 2. Fallas en el Sistema de la Salud; y 3. Creencias; añadiendo a esto, el hecho de que los participantes refieren que el sistema en salud promueve prácticas en donde se privilegian los requisitos administrativos, afectando los tiempos y el cuidado de los profesionales, lo que interviene en la relación y en la experiencia que construyen los mismos, ya que si bien desean prestar un buen servicio, sus comportamientos se dirigen al cumplimiento de sus deberes,

generando así una disonancia en la humanización y el cuidado, al igual que entre su deseo y la forma en la cual orientan su acción; para lo que se cita el siguiente fragmento:

“Me sentía buena profesional porque sentía que estaba dando lo que yo podía dar en ese ambiente, pero yo decía, en este rol, yo no voy a poder cambiar nada, o sea, nada que realmente impacte, o sea, te duele tu cabeza y te puedo dar una acetaminofén, listo, ya, pero que yo diga algo va a cambiar en la calidad de vida o en el proceso, no, ... porque es que dentro de todo se vuelve nuevamente robótico ... pareciera que uno apagará incendios, ... pero el día de mañana les va a volver a pasar y van a tener que volver a luchar por el medicamento, y van a tener que volver a hacer eso y tu muchas veces no puedes hacer nada más (Participante E2, minuto 34:49).

Por consiguiente, cabe destacar que los participantes refieren que en sus respectivas profesiones la RT es poco estudiada, ya que en la academia se centran más en el cómo pueden reducir su experiencia emocional, y así orientar su comportamiento, brindando un proceso de atención que no se vea afectado por sus emociones, lo que posibilita un desgaste profesional, ya que se entiende como una práctica que no permite su auto-cuidado; un ejemplo de ello es lo mencionado por el Participante E3:

“A uno siempre le dicen y ¡es verdad!, uno tiene que atender al paciente, pero no involucrarse, uno tiene que no demostrar las emociones y a veces es difícil, por ejemplo, en la clínica es muy impactante ... entonces toca ser fuerte delante de los familiares, porque delante de ellos también toca, e ir a hacer su trabajo, y separar esto y no sentir y simular, porque no se puede, pero es difícil manejar ese tipo de emociones” (Participante E3, minuto 67:06).

Lo dicho, genera un dilema ético y moral en la humanización y los procesos de cuidado, debido a que los valores personales entran en conflicto con las demandas y construcciones sociales, que determinan lo que se debería hacer en el contexto de la salud, lo que se conecta con la siguiente reflexión, en donde se reconoce la importancia de la ética en los procesos de salud:

“Es cuestión de la ética, yo digo que toda profesión aunque no sea de la salud y sea de cualquier otra cosa, porque es que uno está es con la vida de las personas... si uno hace un mal procedimiento o te inventas cosas que nunca hiciste eso es fallo a la ética,

o de pronto que hagas y no sepas cómo hacerlo porque puedo causarle algún incidente al paciente, sin querer que sucediera, y por esto es importante ser ético en sus actividades” (Participante E3, minuto 50:54).

Además, la forma en la cual se asume el sistema de salud puede afectar el actuar y la autorrealización personal del profesional, puesto que desde su experiencia el contexto puede limitar su labor, invitándolo a centrarse en lo que puede hacer y en el cómo hacerlo, lo que se ejemplifica en el fragmento del participante E2, donde refiere “Así que trato de dar mi granito de arena de otra forma, para sentirme feliz” (Participante E2, minuto 8:14).

No obstante, durante la investigación surgió un aspecto de gran trascendencia en la experiencia de los participantes, el cual se relaciona con el aprendizaje como forma de humanización, en donde afirman no solo aprender de su profesión, sino, también de las otras personas, a partir de la RT; en sus palabras:

“En lo personal, yo creo que esas relaciones terapéuticas lo exponen mucho a uno a la diversidad que hay, en pensamiento, en creencias, y en muchas cosas, porque uno si está en un mismo colegio, la gente tiende a compartir el mismo sistema, pues en la universidad y así, y entonces uno termina rodeándose de gente que es muy parecida a uno, hay diferencias, pero no trascendentales, en cambio, allá uno si ve todos los colores y uno dice WOW, entonces como que le da a uno contexto de la vida” (Participante E2, minuto 21:31).

De esta forma, la interacción que se da en la RT transforma y construye nuevos significados y valores que le permiten a cada profesional aprender y re-construir la forma en la cual orientan y organizan su experiencia con relación a su actuar, un ejemplo de ello se observa cuando el participante E1 comenta: “Son ejemplos de vida..., y por eso me gusta preguntar, porque son vivencias, formas de vivir la vida, yo admiro mucho eso” (Participante E1, minuto 14:20).

La experiencia de los profesionales, al igual que sus habilidades se transforman a partir de sus intereses, invitándolos a adquirir nuevas herramientas, lo cual se puede ver en esta afirmación: “Uno cuenta mucho con las historias y uno aprende a escuchar... y aprende a ser muy tolerante, ... como en la religión y las costumbres, uno aprende a convivir” (Participante

E3, minuto 35:50); siendo de esta forma la humanización un resultado de la interacción y de la construcción personal desde la cual se asume el rol profesional.

Sin embargo, se tiene en cuenta que desde la experiencia del participante su rol se ve afectado por el trato que recibe en su contexto, lo cual puede generar resistencia en función de su práctica profesional y al relacionarse con sus consultantes, ya que el no sentirse reconocido en su entorno de trabajo, puede conllevar una sensación de incomodidad en la relación y deshumanizar el desarrollo de su labor, un ejemplo de esto, es el machismo que para uno de los participantes aún hace parte del contexto de salud, al posicionar en un rol superior al doctor, lo que se observa en la siguiente afirmación:

“La medicina sigue siendo muy machista, entonces uno estudia y pueden estar los dos, y entonces ¡Ay doctor, cómo está!, y ¡niña, niña!, nos dicen niña, y uno decía, nos vemos y estamos vestidos igual y llegamos a la misma hora, que me hace a mi “niña” y a este hombre sí doctor, entonces sigue siendo un ámbito machista, de los pacientes hacia uno y ya adentro con las enfermeras también es complicado” (Participante E2, minuto 53:50).

Para finalizar, cabe resaltar que se lograron encontrar diversas formas de entender y asumir la vivencia de la relación, lo cual determina su significado y las características que se añaden a la misma, como lo fueron el respeto, la comunicación, la tolerancia, entre otras; y a partir de ello, su relación con el actuar de los profesionales en ciencias de la salud, reconociendo sus deseos y el rol que toma el contexto y los procesos de aprendizaje en la construcción de significados y expectativas en el ejercicio profesional y por tanto, en la RT y la humanización del sistema en salud.

Así que desde las historias y descripciones realizadas por los tres participantes se entiende que su deseo de trabajar por el bienestar del ser humano los invita a ser parte de la atención en salud, al tener la voluntad de “aportar un granito de arena” frente a las problemáticas sociales que afectan la salud física y mental de las personas, lo que les motiva a elegir su vocación profesional, sin embargo, al interactuar con el contexto y con las demandas socioculturales y estructurales del sistema de salud, se generan conflictos frente a la humanización de la labor del profesional, alterando su percepción, su disposición y los significados que generan en la interacción con los demás y consigo mismos.

Discusión

En el presente apartado se plantea una interpretación de los datos obtenidos, en conexión con los marcos de referencia de la investigación, los cuales se enfocan en: la experiencia, la relación terapéutica, la intencionalidad y el comportamiento de los profesionales en el ámbito de la salud, esto en función de los procesos de humanización de la atención en salud en Bogotá; lo anterior, tomando como base los antecedentes investigativos para así identificar posibles cuestionamientos que se deriven del ejercicio investigativo.

En este sentido, Bugental (1964, citado por Quitmann, 1986), menciona que “la existencia del ser humano se consume en el seno de las relaciones”, por lo que se entiende que los significados de la experiencia se construyen a partir de la relación que las personas establecen con el mundo. Desde esta perspectiva y con el fin de analizar los resultados y su conexión con los objetivos y la pregunta de investigación: ¿Cuál es la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá?, la discusión tuvo en cuenta los siguientes apartados:

1. Significados de la relación terapéutica.
2. Relación entre la vivencia de la RT con las formas de interacción que generan los tres profesionales en salud (un médico, un odontólogo y un enfermo) con sus consultantes.
3. Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la RT.

En primer lugar, se encontró que los participantes del proceso experimentan esta relación con los consultantes, familiares y cuidadores como la base del proceso de cuidado, ya que gracias a esta interacción y a la comunicación que se da en ella se logra crear un proceso único y dinámico que se entiende como el “eje central” de la intervención, el cual favorece la continuidad del acompañamiento y su éxito.

Partiendo de lo anterior, la experiencia de la RT, se entiende como una construcción dada desde el intercambio continuo entre personas, es decir, una relación íntima y auténtica que interviene en la construcción de la vivencia y los significados de sus participantes, dándose como un encuentro (Yo-tú) que favorece la libertad del ser (Roso y Lebl, 2006).

Experiencia que para los participantes se significa como un escenario de aprendizaje, el cual les permite adquirir herramientas y habilidades no solo profesionalmente

(Comunicación asertiva, ética, entre otros), sino también a nivel personal, ya que al estar en contacto con otra persona, experimentan una sensación de novedad, en la que logran ver mundos distintos a los vivenciados y aprender de la forma en la que los otros se comportan y comprenden la salud, el cuidado y la vida, reconociendo valores distintos de los que han sido vitales para su propia existencia.

De forma que la RT más allá de ser vista como una herramienta y un encuentro humano, es una experiencia que interviene y transforma la construcción personal de los participantes de la investigación, lo que se conecta con la idea de Riveros (2014), quien aclara que la relación se basa en el crecimiento integral de todos los participantes del proceso de atención en salud.

Lo cual añade nuevas perspectivas en función de la RT, al dar cuenta de otros factores y herramientas, como la tolerancia, la ética, la responsabilidad, entre otros; posibilitando a partir de los procesos de interacción la construcción de nuevos significados que favorecen el cambio y la transformación del ser humano, esto en conexión con la experiencia, el estilo personal y los procesos de reflexión (Páez, Hernández, Jiménez; Restrepo y Zuluaga, 2017; Casari, Ison, Albanesi, Maristany, 2016).

En adición, se considera que como lo plantea Rogers y Stevens (1980) el terapeuta debe escuchar al otro de forma auténtica y apreciarlo en su totalidad, y asimismo es importante que genere espacios en los que se logre conocer y escuchar a sí mismo, para así comprender su vivencia y los significados que ha construido en torno a los fenómenos, lo anterior, se relaciona con el siguiente fragmento, en el que se considera fundamental trabajar por el autocuidado:

“Una de las cosas que a mí más me cuesta es eso, porque yo creo que uno necesita una fortaleza increíble siempre, como para listo lo proceso o la gente está en negación, de esto no es una persona que murió o no es un niño que, o yo no sé cómo lo hacen, yo estoy segura de que deben de haber mecanismos para manejarlo, pero a mí me tocaba procesar y yo balanceaba cosas, ... el bienestar me lo buscaba yo, yo... así que principalmente es uno” (Participante E2, minuto 65:12).

Esto se complementa con la siguiente idea del participante E2, que permite evidenciar las limitaciones que encuentra el profesional a la hora de reconocerse así mismo en su

ejercicio laboral, como parte del proceso de cuidado y de humanización de la atención en salud:

“Uno se acostumbra a no, como que a tener distancia, ... como a tener todo en un compartimiento ... tú tienes que estar acá y tienes que responder por todo lo que está pasando acá, no me importa si ayer te caíste, si te terminó el novio, no me importa, tu mantienes tu vida ahí y ya, y así es todo el mundo, todo el mundo funciona así, y la gente te pregunta cómo estás, pero no le interesa escuchar ... la gente espera un bien ... y ese es el intercambio usual, no sé si es más difícil para mí ... pero uno lo aprende” (Participante E2, minuto 72:40).

Es así como se reconoce que para los profesionales la RT puede estar mediada por límites profesionales en donde los participantes deciden colocar una “barrera” emocional para así no perder su propia estabilidad y no sentirse afectados, lo cual es retroalimentado por las instituciones educativas en donde se les menciona que la regla es que “uno no puede demostrar,... uno pone un escudo” (Participante E3, minuto 74:16).

De acuerdo con lo dicho, se da cuenta del rol de la academia en la formación del profesional en salud en torno a la RT y la forma en la cual esta se puede favorecer por medio de su autocuidado, al encontrar un vacío en esta área en la siguiente afirmación: “La parte humana, pues nunca no te la enseñan,..., no sé si es más robótico, pero si es más impersonal” (Participante E2, minuto 23:11).

Esta comprensión, en la que se asemeja el quehacer profesional con el sentirse como “robots” y el no poder satisfacer sus propias necesidades, se conecta con la siguiente afirmación:

“La verdad, en mi caso no es muy humano; por ejemplo, hay mucha inequidad en los sueldos ... y el sistema de salud debería dar mejor calidad a nivel de vida, inclusive a todos los profesionales en salud, porque, aparte de que la carrera es muy cara, debería de ser mejor remunerada... y lo que he visto, pues digamos, que hay personas que les faltan cosas básicas ... y la remuneración no les alcanza ... y lo de los turnos ... yo creo que sí deberían de regular esto, porque todo el tiempo encerrados y eso también afecta la parte emocional, y así como dicen ellos: no tengo tiempo ni para ir a una cita médica ... o dormir, ” (Participante E3, minuto 38:51).

En consecuencia, a partir de la experiencia de los profesionales se logra entender que la vivencia de esta relación y en general el proceso de cuidado generó una sensación de desgaste, al no lograr cumplir con sus expectativas y proyectos de vida, debido a que sus objetivos se ven afectados por factores educativos y el funcionamiento de los contextos de salud (Normativas, tiempos, procedimientos, entre otros), como se puede evidenciar en el siguiente fragmento:

“En lo asistencial hay un aspecto muy bonito de trabajar con los pacientes directamente, pero hay algo que en el sistema de salud y muchas cosas que hacen que sea difícil prestar una buena atención, y eso para mí es frustrante...” (Participante E2, minuto 08:20).

Por consiguiente, se considera que el realizar un estudio desde la fenomenología hermenéutica genera novedad en la comprensión de la vivencia de tres profesionales de la salud (un médico, un odontólogo y un enfermero) alrededor de la RT, la humanización de la atención en salud y a la forma en la cual estos organizan su actuar, ya que genera un contraste con los estudios cuantitativos (Barros, Altamir y Pérez, 2015) y cualitativos (Alzugaray, 2015; Vélez, 2014; y Fossa y Molina, 2017) basados en el rol del vínculo y su impacto en el éxito terapéutico, que retoman principalmente la experiencia del consultante.

De modo que, la RT se entiende como un espacio de transformación y confrontación que impacta la construcción personal del profesional en salud y los procesos de humanización de la atención en salud, generando una aproximación psicológica que añade nuevas perspectivas al fenómeno, lo anterior, en conexión con el estudio realizado desde la odontología por Landman, Salazar, González, Romero, Conejera, Gacitúa, Órdenes y Quiroz (2016), desde una perspectiva fenomenológica.

Ahora, los participantes de medicina, enfermería y odontología expresan desde su vivencia que la RT se ve irrumpida por otros contextos y demandas de orden social que afectan su construcción personal, su autocuidado, y desde ello la forma en la que asumen el cuidado del otro, dejando de lado sus emociones y creencias para así cumplir sus objetivos.

Por esto, se retoma el capítulo 3 de la Ley 1751, que da cuenta de los “Profesionales y trabajadores de la salud” (Congreso de Colombia, 2015), al considerar relevante analizar y dejar abiertos ciertos cuestionamientos en función del ¿cómo se aplica en el sector en salud las normatividades que se enfocan en el profesional?, ya que en conexión con los artículos 17 y

18, en torno a las limitaciones y el control de la labor de la atención en salud, los cuales abordan la dignidad del profesional, su estabilidad y desarrollo personal, se encuentran disonancias en lo determinado legalmente y la vivencia de los participantes, en vista del trato que reciben y la forma en la cual deben organizar su labor.

De esta forma como lo plantean Gálvez, Gómez, Martín, y Ferrero (2017) la atención en el sector de la salud debería caracterizarse por la humanización, lo cual podría sonar para los autores innecesario al reconocer que es una relación humana en donde quienes ofrecen y reciben la atención son personas, no obstante los mismos añaden que “no hay nada más lejos de la realidad” (p. 105), lo cual se relaciona con la vivencia de los participantes y los antecedentes expuestos por el autor como lo son:

1. Anteponer los objetivos empresariales.
2. Convertir en funcionales los objetivos personales del profesional.
3. Establecer relaciones basadas en la frialdad al dejar de lado la experiencia emocional.
4. Fragmentación y división de los sectores de la salud.

Por consiguiente, se considera relevante analizar cómo la experiencia y los significados que construyeron los participantes se relacionan con factores como la desmotivación, el Burnout o el desgaste profesional, ya que más allá del marco referencial y las múltiples investigaciones que se han dado en torno al cómo favorecer la humanización en el contexto de la salud en Colombia (Instituto de Cancerología, 2016), los resultados dan cuenta del hecho de que a pesar de los planes, estudios y las teorías, siguen existiendo fallas en el contexto social, en los procesos de educación y en la organización del sistema de salud, para así garantizar que todos los participantes de la atención en salud sientan que se respeta y valora su dignidad.

Siguiendo este orden de ideas, Romero (2012) refiere que las relaciones interpersonales se determinan por los sistemas sociales que permean la construcción del individuo, añadiendo que la relación varía y se transforma según el objetivo de la misma. No obstante, se tiene en cuenta que en el contexto de la salud, la relación se enfoca en el cuidado del consultante tomando como objetivo su bienestar (Blanco, 2004), por lo que se llega a dejar de lado al profesional y el hecho de que esta relación es un encuentro interpersonal que se favorece siempre y cuando exista la participación activa de todos sus integrantes; por lo que se considera relevante tener en cuenta en futuros estudios el rol de valores como: la autenticidad, la aceptación y la comprensión empática (Múnera, 2014; Rosso y Lebl, 2006).

Es así como la relación entre personas que plantean los profesionales se ve amenazada cuando sus valores, creencias y principios no son tenidos en cuenta en el ejercicio de su labor y tampoco en el proceso de aprendizaje y enseñanza que llevan a cabo, ya que como lo menciona Rogers y Stevens (1980) esta relación persona a persona debería asumirse como un encuentro humano en donde los sentimientos y la experiencia vital de cada uno de los integrantes están dispuestos al otro de forma auténtica y congruente, para así comprender su mundo interno y los significados que ha construido, aclarando para esto que el profesional tratará de apreciar lo que es el consultante en su totalidad al reducir sus juicios personales, mas no su propia experiencia, es decir, como lo plantea Riveros (2014) se trata de reconocer al ser humano en su plenitud y potencial.

En este sentido, la experiencia de cada uno de los profesionales determina su construcción personal y la disposición con la cual asumen el intercambio experiencial que se da en la relación, sin embargo, ante la restricción que les solicita el contexto, se genera un bloqueo de su potencial y de la posibilidad de cumplir con sus deseos, ya que desde la experiencia como resultado de la praxis (Romero, 2012), los profesionales manifiestan sentirse limitados y frustrados en su realización profesional y personal, al estar insatisfechos por factores como el tiempo y las normativas que determinan su labor.

Lo anterior, se puede convertir en un riesgo debido a que como lo plantea De Castro (2000), el alejar a la persona de sus potencialidades, deseos y proyecto vital genera una frustración intensa que lo desvía de su propia existencia para tratar de preservarse, y así no sentirse alejado, ni amenazado por no estar en línea con su sentido vital.

A partir de esta idea, se tiene en cuenta que los profesionales tienen deseos y expectativas con respecto al cómo pueden cuidar al otro sin descuidarse a sí mismos, no obstante, al contrastar esto con las vivencias que han construido, llegan a sentirse desilusionados con su ejercicio profesional y consigo mismos, ya que no logran articular su deseo con las demandas del contexto, y desde este punto tienen que reorientar su voluntad y su acción a otros focos, campos o actividades que les permitan conectarse con sus valores y proyectos de vida, como se menciona en el proceso experiencial determinado por la triada: deseo, voluntad e intencionalidad, expuesta por De Castro, García y González (2017).

Por lo mencionado, se tiene en cuenta la importancia del contexto social y la necesidad de generar cambios y ajustes desde las prácticas educativas con el fin de no solo capacitar al profesional para asumir una relación humana, desde la cual logre cuidarse a sí mismo, sin la

necesidad de tratar de eliminar su experiencia emocional, sino también educar a la sociedad en el reconocimiento de las prácticas de salud y su funcionamiento.

Sin dejar de lado, la importancia de generar cambios en el sistema de salud que les permita a los profesionales desarrollar sus objetivos al cuidar a otras personas, sin descuidarse a sí mismos, reconociendo para ello los tiempos, las necesidades básicas, las emociones, el agotamiento y los proyectos de vida de las personas que brindan su labor al campo de la salud; al igual que sus creencias, principios y género, este último al reconocer que tanto doctor como doctora tienen el mismo saber y merecen respeto.

En síntesis, a lo largo de la investigación se logró comprender que la experiencia de la RT para los tres profesionales se entiende a través del proceso experiencial propuesto por De Castro, García y González (2017) ya que la vivencia de la relación es un fenómeno que se determina por medio de los significados que construye el ser humano en torno a sus emociones, recursos, sentimientos y valores, y por tanto, su comportamiento en la relación se puede orientar a partir de la frustración, el malestar y la limitación emocional, por el contexto y las características del mismo, ya que este puede favorecer o limitar el potencial humano.

Conclusiones

La investigación fenomenológica hermenéutica permitió comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá, llegando para ello a las siguientes conclusiones:

En términos generales, la RT es una experiencia que se configura a partir de los significados por los cuales las personas orientan su comportamiento en la interacción, esto sin olvidar, que el contexto y sus demandas intervienen en este proceso de construcción y en la humanización de la atención en salud, aclarando que ésta última se debe basar en el trato digno, y por lo tanto, no debe de limitar las emociones, deseos y el proyecto de vida de los profesionales, para así no afectar o restringir el desarrollo de su potencial.

A partir de lo anterior, se tiene en cuenta que la experiencia de los participantes se ve influenciada por condiciones externas del contexto social (normativas, comunidad, instituciones de la salud y educativas, entre otros), las cuales pueden dificultar el quehacer profesional y la RT, al no brindar condiciones que potencien y mejoren la sensación de bienestar de profesionales y consultantes.

Lo mencionado, se ejemplifica en la discurso de los participantes, a partir de una práctica normalizada en la cual expresan no recibir un trato digno, al sentir que sus necesidades, emociones y creencias no son valoradas, lo que los hace sentir alejados de su sentido vital y sus metas personales; posibilitando el distanciamiento de los profesionales en el encuentro humano que se da en la RT, y el burnout o desgaste profesional.

En conexión, se considera importante abordar otros factores que pueden facilitar los procesos de relación como lo son: el acompañamiento psicológico, los espacios de diálogo e interacción que no estén mediados por juicios de valor, el desarrollo de habilidades enfocadas al autocuidado, al igual que los procesos de formación en ciencias de la salud, en donde se debería enseñar que la RT es un encuentro, y no solo una herramienta, en la cual el profesional también construye y modifica su experiencia al igual que sus valores, creencias y proyectos, por lo que debe trabajar por el cuidado del otro, sin descuidar sus propias necesidades y emociones.

Para finalizar, la experiencia de la RT se puede entender como un fenómeno enriquecedor a nivel personal, en la cual se establece una relación bidireccional, en donde,

tanto paciente como profesional se transforman, al hacer visibles otro tipo de realidades que pueden permitirles adquirir conocimientos y generar reflexiones en torno a su experiencia y sentido vital; motivo por el cual al ser un encuentro humano enfocado en el cuidado y el reconocimiento, las personas deben de ser valoradas desde su dignidad, para así favorecer la humanización de la atención en salud.

Aclarando que la humanización de la atención en salud, debe de tener en cuenta tanto al profesional de la salud, como a todo el personal de la salud y a los consultantes, familiares y cuidadores que están implicados en estos procesos, lo cual puede favorecer la RT, y por ende, la experiencia de los participantes en torno a su labor profesional y su construcción personal.

Todo esto, invita a reflexionar en el hecho de que deben generarse más investigaciones y estrategias que den cuenta del cómo las entidades prestadoras de salud, las instituciones educativas, y en general, todas las personas e instituciones relacionadas con los procesos en salud, y por tanto, el Estado colombiano, tienen la obligación de repensar no solo las normativas, leyes y planes de desarrollo, los cuales deben de estar orientados hacia la humanización del contexto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), sino también diseñar e implementar estrategias prácticas e inclusivas que trabajen por el cuidado de los profesionales de la salud en todas las dimensiones del ser: Biológica, física, mental, social, entre otras.

Aportes, alcances, limitaciones y sugerencias

Aportes

Aportes a la disciplina

Los aportes de la investigación a la disciplina psicológica fueron:

1. Investigar y comprender el fenómeno de la RT desde la vivencia de tres profesionales en salud (un médico, un enfermero y un odontólogo), para así favorecer y ampliar los estudios desarrollados frente a este fenómeno, estableciendo de esta forma un diálogo con otras disciplinas de la salud, lo que favoreció la integración y la discusión entre saberes, al conocer su experiencia en torno al funcionamiento de la atención en salud.
2. Las conclusiones de la investigación invitan a entender la salud como un fenómeno social y relacional, mediado por la vivencia de cada uno de los participantes, arrojando así nuevas comprensiones con relación a su importancia y debates en torno a las necesidades del contexto y en este caso de los agentes de la salud.
3. La lectura fenomenológica hermenéutica de la investigación posibilita la emergencia de comprensiones distintas en donde se posiciona a la experiencia como acto psicológico, al valorar la narración y los significados de los participantes como el fin de la investigación, valorando su dignidad e importancia en el acto de la salud.
4. El realizar una investigación desde la perspectiva humanista a la hora de asumir la relación, la experiencia y la voz de los participantes, posibilita una lectura desde el recurso y el potencial humano, ya que al entender el proceso experiencial del sujeto se logra evidenciar su nexo con fenómenos como la motivación, el desgaste profesional y otros factores psicológicos conectados con la RT y la humanización.

Aportes a la línea de investigación

Los aportes a la línea de investigación “Psicología, Sistemas Humanos y Salud Mental”, se enfocaron en:

1. Visibilizar nuevas formas de abordaje e investigación, principalmente desde la perspectiva constructivista, esto al estudiar y tomar como foco de investigación la experiencia y los significados que se generan a partir de esta, apoyando la perspectiva

teórica y epistemológica sobre la investigación de la labor de los profesionales en el campo de la salud.

2. Implementar la fenomenología hermenéutica como metodología y propuesta novedosa de investigación en la facultad, esto al favorecer las miradas del fenómeno de la vivencia de la RT y la humanización de la atención en salud, de una forma distinta a los abordajes sistémicos, construccionistas y complejos, de la línea de investigación, lo que posibilita el cuestionamiento ético y social en torno a la labor del sistema de salud, generando proceso de reflexión a nivel social, contextual, personal y profesional.

Aportes a la comprensión sobre la problemática

En correspondencia, con lo expuesto en los antecedentes y marcos investigativos, se considera que la investigación permitió:

1. Reconstruir nuevas versiones desde la perspectiva de los participantes al cuestionar ¿Cómo la organización del sistema de salud puede afectar su construcción personal?, por lo que la investigación posibilita el reconocimiento de la experiencia de los participantes y de nuevas perspectivas en torno a herramientas para la RT, y destaca la importancia del autocuidado por parte del profesional, al igual que de estudiar posibles cambios en el sistema de salud y en los procesos de formación para promover la humanización de la atención en salud.
2. Posibilita nuevas comprensiones en torno al cómo las prácticas tanto privadas como públicas pueden generar un desgaste profesional, al desdibujar el quehacer de los participantes, añadiendo la importancia de las normativas, leyes y planes de desarrollo a la hora de repensar la humanización de la atención en salud.
3. Reconocer desde la experiencia de los tres participantes (medico, odontólogo y enfermero), la importancia de los procesos de formación en ciencias de la salud, a la hora de abordar los procesos de autocuidado, el reconocimiento emocional y la RT.

Aportes a los actores participantes

1. Se generaron espacios de reflexión y diálogo durante las entrevistas y la devolución de resultados, que permitieron a los participantes darse cuenta de su experiencia y la forma

en la cual sus principios y valores se relacionan con su actuar profesional, rescatando sus logros y dificultades.

2. Se permitió a partir de la experiencia como estrategia de autoconocimiento y expresión, dar cuenta de la importancia de la dignidad humana, al realizar preguntas que posicionaron el foco de atención en el cuidado personal, posibilitando desde el diálogo análisis críticos del contexto y de sí mismos.

Aportes a los investigadores

1. Al tener en cuenta que los investigadores también hacen parte del contexto de la salud, se dieron espacios de reflexión con el fin de reducir los posibles juicios que tenían, con el propósito de favorecer la comprensión de la experiencia de los participantes y acercarse a nuevas formas de entender los fenómenos al ser un proceso de aprendizaje profesional y personal.
2. El relacionarse con otras disciplinas de la salud (medicina, odontología y enfermería) posibilitó la adquisición de nuevos aprendizajes y perspectivas, al valorar la labor desarrollada por los participantes, percibir su experiencia y la forma en la que desde su carrera profesional se asume el estudio del ser humano.
3. El entender los problemas que genera el limitar o reducir la experiencia emocional con el fin de responder a las dinámicas del contexto, posibilitó un espacio de reflexión en donde los investigadores lograron darse cuenta del cómo esto puede o no hacer parte de su propia práctica y experiencia, lo que les invito a estudiar y analizar formas novedosas de favorecer su auto cuidado.

Alcances y limitaciones

Dentro de las principales limitaciones del ejercicio investigativo se encontraron:

1. En la primera fase del trabajo, se dificultó el proceso de selección de los participantes, ya que en la presentación de la investigación, los profesionales de la salud en vista de su carga laboral, no lograban contar con la apertura necesaria para participar en los espacios de entrevista.
2. La investigación se enfocó en el área asistencial, por lo que se considera relevante aclarar que esto permitió ahondar la perspectiva de la práctica clínica, sin embargo, es

importante hacer otras investigaciones que busquen conocer otras experiencias en torno a la RT y la humanización de la atención en salud, desde otros actores y roles.

3. La metodología investigativa posibilitó ampliar la perspectiva de la experiencia como acto psicológico, sin embargo, el no reconocer la posible incomodidad por parte de los participantes al explorar ésta, pudo afectar la realización de la entrevista, por lo que contar con otras herramientas o recursos como actividades, entre otras, podría haber facilitado la emergencia del diálogo en la investigación.

Sugerencias

1. Se sugiere realizar nuevas investigaciones desde la fenomenología hermenéutica que ahonden en el tema de la experiencia en docentes y estudiantes con relación a los fenómenos de investigación desde el área de la salud (Relación terapéutica, vivencia y humanización de la atención en salud).
2. Se recomienda realizar trabajos de investigación y sensibilización en los contextos de salud tanto públicos como privados, que favorezcan una RT más receptiva entre el sistema de salud, los profesionales que hacen parte del mismo y los consultantes que reciben la atención, para así posibilitar procesos basados en el cuidado y la dignidad humana.
3. A partir de los resultados, se da cuenta de la importancia de seguir realizando investigaciones que permitan la conexión entre saberes de distintas disciplinas de la salud, aportando desde la psicología el conocimiento en torno al ser humano, trabajando así por el cuidado emocional y personal de los profesionales y participantes del proceso en salud, por lo que se considera relevante investigar en otras disciplinas no abordadas en la presente investigación.

Referencias

- Acevedo, J. (2006). Heidegger: de la fenomenología a la experiencia. *Hermenéutica intercultural: revista de filosofía*, 15(1), 233-262. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2294017>
- Agrado, E. (2017). *Avances de la humanización en los servicios de salud en Colombia durante el periodo 2006-2016* [Documento en línea]. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. Obtenido de <http://digitk.areandina.edu.co/repositorio/bitstream/123456789/689/1/humanizaci%C3%B3n%20en%20los%20servicios.pdf>
- Aguado, L. (2014). Experiencias sobre la relación fisioterapeuta-paciente: Una Aproximación Cualitativa [Trabajo de Grado]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá. Obtenido de https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/21001/TFG_Aguado_Gil_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Agudelo, J., García, A., Hincapié, S., Rodríguez, G., y Ramírez, P. (2017). Las nociones de lenguaje y amor en Humberto Maturana y su relación con la terapia familiar sistémica. Un estudio documental. *Revista Universidad Católica Luis Amigo*, 1(1), 192-221. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/324255245_Las_nociones_de_lenguaje_y_amor_en_Humberto_Maturana_y_su_relacion_con_la_terapia_familiar_sistemica_Un_estudio_documental
- Alkureishi, M., Lee, W., Lyons, M., Press, V., Imam, S., Nkansah-Amankra, A., Arora, V. (2016). Impact of Electronic Medical Record Use on the Patient-Doctor Relationship and Communication: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 548-560. Obtenido de Doi; 10.1007/211606-015-03582-1.
- Alzugaray, A. (2015). Análisis del concepto vínculo terapéutico y su importancia en la clínica: un estudio a partir de la experiencia de psicoterapeutas de formación psicoanalítica y del psicoanálisis vincular [Trabajo de Maestría]. Uruguay: Universidad de la República. Obtenido de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/8082>

- Antúnez, A., y Torres, A. (2014). La relación médico-paciente: complejidad de un vínculo indispensable. *Mediciego*, 20(1), 1-10. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol20_no1_14/pdf/T7.pdf
- Apolo-Pineda, J., Apolo. Morán, J., y Apolo Morán, J. (2017). Importancia de la relación odontólogo-paciente en la práctica clínica. *Revista Conrado*, 13(59), 142-150. Obtenido de <https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/532/568>
- Arango, A., y Moreno, M. (2009). Más allá de la relación terapéutica: Un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79815640013.pdf>
- Araya, V., Alfaro, M., y Andonegui, M. (2007). Constructivismo: Orígenes y Perspectivas. *Laurus*, 13(24), 76-92. Obtenido de <http://raulkoffman.com/wp-content/uploads/2012/07/Constructivismo-or%C3%ADgenes-y-perspectivas.pdf>
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J., y Cañón, Ó. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6(1), 37-49. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67916261004>
- Ariza, C. (2012). Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. *Enfermería universitaria*, 9(1), 45-51. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n1/v9n1a6.pdf>
- Arráez, M., Calles, J., y Moreno de Tovar, L. (2006). La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *Sapiens*, 7(2), 171-181. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/410/41070212.pdf>
- Assunção, G., y Queiroz, E. (2015). Abordagem do tema "Relação profissional de saúde-paciente" Nos cursos de saúde da Universidade de Brasília. *Psicologia: Ensino e formação*, 6(2), 18-36. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pef/v6n2/v6n2a03.pdf>
- Ávila-Morales, J. (2017). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Iatreia*, 30(2), 216-229. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1805/180550477011.pdf>
- Ayala, R. (2008). La metodología fenomenológico-hermenéutica de M. Van Manen en el campo de la investigación educativa. *Revista de Investigación Educativa*, 409-430. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2833/283321909008.pdf>

- Balarezo, L. (2016). *Psicoterapia* [Documento en línea]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Centro de publicaciones. Obtenido de:
<https://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=1&sid=73c51947-55d6-4c49-adf2-2d9d4b903757%40sdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=tom.000149319&db=cat06937a>
- Barbera, N., y Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/904/90424216010/>
- Barragán, H. (1996). *Epistemología* (2a edición). Santafé de Bogotá: Universidad Santo Tomás. Obtenido de <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat06937a&AN=tom.000007862&lang=es&site=eds-live>.
- Barros, P., Altimir, C., y Pérez, C. (2016). Patients' facial-affective regulation during episodes of rupture of the therapeutic alliance. *Estudios de Psicología*, 37(2), 580-603. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145429/Patients-facial-affective.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bellido, J., y Berrueta, L. (2011). La relación terapéutica en terapia ocupacional. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 8(13), 1-11. Obtenido de <http://www.revistatog.com/num13/pdfs/modelotaylor1.pdf>
- Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. (2016). Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH, Medellín 2012. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 2539-3596. Obtenido de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/41665>
- Blanco, A. (2004). *Psicología y derechos humanos*. Barcelona: Icaria Editorial. Obtenido de <https://books.google.com.co/books?id=K6LGd9qUqywCypg=PA264ydq=dignidad+psicologia&hl=es&sysa=Xyved=0ahUKEwja8OSIj4bjAhWRjVkJHRuhCzEQ6AEIODAC#v=onepage&q=dignidad%20psicologia&yf=false>
- Bolívar, A., y Vásquez, O. (2017). *Justicia transicional y acción sin daño: Una reflexión desde el proceso de restitución de tierras* [Documento en línea]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Obtenido de <https://www.dejusticia.org/wp->

content/uploads/2017/05/Justicia-transicional-y-acci%C3%B3n-sin-da%C3%B1o-Versi%C3%B3n-final-PDF-para-Web-mayo-2017.pdf

Bonilla, E., y Rodríguez, P. (1977). *Métodos cuantitativos y cualitativos*. Bogotá: Editorial Norma.

Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B., y Güelman, M. (2017). *Estrategias para el análisis de datos cualitativos* [Documento en línea]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Obtenido de http://209.177.156.169/libreria_cm/archivos/pdf_1605.pdf

Bustamante, R. (2018). *La idea de persona y dignidad humana*. Madrid: Dykinson. Obtenido de <https://books.google.com.co/books?id=vQSCDwAAQBAJypg=PA278ydg=psicologia+dignidad+de+las+personas+pdfyhl=esysa=Xyved=0ahUKEwjOuqzlkYbjAhWPjlkKHU37CSMQ6AEINDAC#v=onepageyq=%20dignidadyf=false>

Bautista, A. (2014). Movilización de los aprendizajes de terapeutas en formación que surgen de las conversaciones reflexivas a partir de la emergencia del observador en el contexto de supervisión. *Revista Quaestiones Disputatae*, 14(1), 67-80. Obtenido de <https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=http://revistas.ustatunja.edu.co/index.php/qdisputatae/article/viewFile/827/801>

Cañero-Pérez, M. (2018). La relación terapéutica en los modelos humanistas-experienciales: alianza de trabajo y aspectos emocionales. *Calidad de vida y salud*, 11(1), 10-20. Obtenido de <http://revistacdvs.uflo.edu.ar>

Caroso, A., Almeida, C., Dos Santos, T., De Oliveira, T., Oliveira, N., y Donha, S. (2016). Valorização da relação profissional-paciente por cirurgiões dentistas. *ClipeOdonto*, 8(2), 2-9. Obtenido de <http://periodicos.unitau.br/ojs/index.php/clipecodonto/article/view/2360/1644>

Carvalho, C., Pacheco, G., y Röhnelt, V. (2015). Aliança terapêutica na psicoterapia de crianças: uma revisão sistemática. *Psico*, 46(4), 503-512. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psico/v46n4/11.pdf>

Casari, L., Ison, M., Albanesi, S., y Maristany, M. (2017). Funciones del estilo personal del terapeuta en profesionales del campo de las adicciones. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 7-17. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstractypid=S1657-89612017000100001ylnng=enynrm=isoytlnng=es

- Castellanos, M. (2016). *La Relación terapéutica y su Enseñanza en terapia ocupacional: análisis de la situación en España* [Tesis Doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid. Obtenido de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=sP24K%2FmKtCw%3D>
- Castro, L. (2018). *Revisión de la literatura sobre las cinco dimensiones de la adherencia al tratamiento* [Documento en Línea]. Bogotá: Universidad del Rosario. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/18447/DI%2025%20MedSa%20w.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ceballos, C. y Gutiérrez, S. (2012). *Humanización de la Atención en salud* [Trabajo de Grado]. Medellín: Salud Pública. Obtenido de http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/1675/2/Humanizacion_servicios_salud.pdf
- Celis, P., y Rodríguez, C. (2016). *Constructivismo y construccionismo social en psicoterapia: una perspectiva crítica*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno Colombia. Obtenido de <http://site.ebrary.com/bdatos.usantotomas.edu.co:2048/lib/bibliotecaustasp/reader.action?docID=11361930>
- Congreso de Colombia. (2006). *Ley 1090 DE 2006* [Documento en línea]. Obtenido de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- Congreso de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria N° 1751* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Consejería de Sanidad. (2016). *Plan de humanización de la asistencia sanitaria 2016-2019* [Documento en línea]. Obtenido de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
- Corte Constitucional. (1991). *Constitución Política de Colombia* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
- Dávila, V. (2011). *El éxito terapéutico: Un análisis desde la perspectiva del cliente* [Trabajo de Grado]. Quito: Universidad San Francisco de Quito. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/678>
- De Castro, A. (2000). «Quién» En la psicología y la psicopatología. *Psicología desde el Caribe*, 6(1), 1-19. Obtenido de

- https://www.researchgate.net/publication/324574721_La_psicologia_existencial_de_Rollo_May_Rollo_Mays_existential_psychology/link/5d309d0c458515c11c3bfe11/download
- De Castro, A. (2008). *Método fenomenológico hermenéutico: una propuesta desde la psicología*. [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.uninorte.edu.co/web/amdecast/blogs/-/blogs/metodo-fenomenologico-hermeneutico:-una-propuesta-desde-la-psicologia>
- De Castro, A., García, G., y Eljagh, S. (2012). Proceso Experiencial: Comprendiendo al ser humano en primera persona. *Psicología desde el Caribe*, 29(2), 385-419. Obtenido de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/4480/9180>
- De Castro, A., García, G., y González, R. (2017). Fundamentos epistemológicos de psicología existencial. En A. De Castro, G. García, y R. González, *Psicología clínica: Fundamentos existenciales*. 3a Ed (págs. 13-41). Barranquilla: Universidad del Norte.
- Desatnik, O. (2013). Representaciones sociales de terapeutas en formación sobre la relación terapéutica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(1), 159-171. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41992>
- Donoso-Sabando, C. (2014). La empatía en la relación médico paciente como manifestación del respeto por la dignidad de la persona. *Persona y Bioética*, 18(2), 184-193. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v18n2/v18n2a08.pdf>
- Duque, J. (2016). *La implementación del concepto de Acción Sin Daño, en la estructuración de las condiciones que garantizan la observancia del principio de la planeación de la contratación estatal*. [Documento en línea]. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6331305.pdf>
- Elers, Y., y Gibert, M. (2016). Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4), 126-136. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf19416.pdf>
- Escudero, V. (2014). *Building the therapeutic alliance in family therapy: Valentín Escudero* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Valentin_Escudero/publication/275039111_Building_the_therapeutic_alliance_in_family_therapy_how_to_integrate_systemic_complexity_and_contradictions/links/56b0f31208aed7ba3fead59c/Building-the-therapeutic-alliance-in-fa

- Espinosa, C., Menoret, V., Puchulu, M., Selios, M., y Witriw, A. (2009). Bioética en la relación equipo de la salud-paciente. *Diaeta*, 27(128), 31-39. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372009000300005&script=sci_abstract&lng=en
- Estrada, C. (2018). La escucha como interpelación en el círculo hermenéutico [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad del Rosario. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/17964/EstradaBarrios-Corina-2018.pdf?sequence=1>
- Etchevers, M., Simkin, H., Putrino, N., Greif, J., Garay, C., y Korman, G. (2013). Relación terapéutica: estudio en población de estudiantes universitarios. *Anuario de investigaciones*, 20(1), 39-47. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862013000100003
- Falcão, M. (2014). Aliança terapêutica e personalidade [Trabajo de Maestría]. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologías. Obtenido de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/6483#?>
- Fernández, O. (2015). Alianza terapéutica, acciones comunicacionales e indicadores genéricos de cambio en la fase inicial de la psicoterapia con adolescentes, y su relación con resultados y adherencia al tratamiento [Tesis Doctoral]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Obtenido de <http://repositorio.conicyt.cl/handle/10533/181539>
- Fernández, L. (2016). Comprensión de la relación terapéutica con un adulto con sensaciones de incapacidad e inmadurez emocional y sexual [Trabajo de Maestría]. Barranquilla: Fundación Universidad del Norte. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/5822/1140851556.pdf?sequence=1>
- Fernández-González, O., Herrera-Salinas, P., y Escobar-Martínez, M. (2016). Adolescentes en Psicoterapia: Su Representación de la Relación terapéutica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 559-575. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n1/v14n1a39.pdf>
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., y Horvath, A. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy Theory Research y*

- Practice*, 55(4), 316-340. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/324728624_The_Alliance_in_Adult_Psychotherapy_A_Meta-Analytic_Synthesis
- Fossa, P., y Molina, M. (2017). Momentos de debilitamiento del vínculo terapéutico: Un estudio de Micro-Proceso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 31-46. Obtenido de <https://www.redalyc.org/html/2819/281950399004/>
- Fuster, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 1-18. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/330233808_Investigacion_cualitativa_Metodo_fenomenologico_hermeneutico/download
- Gálvez, M., Gómez, J., Martín, M., y Ferrero, M. (2017). Humanización de la Sanidad y salud Laboral: Implicaciones, estado de la cuestión. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 63(247), 103-119. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v63n247/0465-546X-mesetra-63-247-00103.pdf>
- García, A., y Rodríguez, J. (2005). Factores personales en la relación terapéutica. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15(1), 29-36. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n96/v25n4a03.pdf>
- Garro-Gil, N. (2017). Relación, razón relacional y reflexividad: Tres conceptos fundamentales de la sociología relacional. *Revista Mexicana de Sociología*, 79(4), 633-660. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v79n3/0188-2503-rms-79-03-00633.pdf>
- Gómez, R. (2013). *Relación psicoterapéutica. Enfoque fenomenológico-existencial*. [Documento en línea]. Obtenido de <http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/602/Relacion%20psicoterapeutica-1-57.pdf?sequence=1>
- González, K., Gaspar, P., Luengo, S., y Amigo, Y. (2014). Salud Mental en estudiantes de la carrera de psicología. Implicancias para la formación en autocuidado de los psicólogos en formación. *Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 2(6), 35-43. Obtenido de <http://integracion-academica.org/attachments/article/70/salud%20mental%20en%20estudiantes%20de%20la%20carrera%20de%20Psicolog%C3%ADa.pdf>

- Guerrero-Castañeda, R., DeOliva, T., y Ojeda-Vargas, G. (2017). Características de la entrevista fenomenológica en investigación en enfermería. *Revista Gaúcha Enfermería*, 38(2), 1-5. Obtenido de <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v38n2/0102-6933-rgenf-1983-144720170267458.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). Los enfoques cuantitativo y cualitativo de la investigación científica. En R. F. Hernández, *Metodología de la investigación* (págs. 1-20). México: McGraw Hill.
- Herrera, M. (2000). La relación social como categoría de las ciencias sociales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 90(1), 37-77. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717877002>
- Hottois, G. (2009). Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Revista Colombiana de Bioética*, 4(2), 58-83. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189214316003.pdf>
- Instituto Nacional de Cancerología. (2016). *Plan de Humanización* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.cancer.gov.co/Planeacion/2018/PLAN_DE_HUMANIZACION.pdf
- Javitt, D. (2017). La relación terapéutica desde la Logoterapia: Estudio de Caso [Trabajo de Maestría]. Barranquilla: Universidad del Norte. Obtenido de <http://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7851/130882.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kastrani, T., Deliyanni-Kouimtzis, V., y Athanasiades, C. (2017). Women as Counselling and Psychotherapy Clients: Researching the Therapeutic Relationship. *The European Journal of Counselling Psychology*, 6(1), 138-161. Obtenido de <https://ejcop.psychopen.eu/article/view/130/pdf>
- Kistasamy, K. (2016). An Interpretive Review of Psychoanalytic Literature on Empathy in the Therapeutic Relationship [Trabajo de Maestría]. Auckland: School of Public Health and Psychosocial Studies. Obtenido de <http://aut.researchgateway.ac.nz/bitstream/handle/10292/10567/KistasamyK.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Landman, C., Salazar, C., González, D., Romero, F., Conejera, N., Gacitúa, J., Quiroz, T. (2016). La relación enfermera-paciente: "A veces lo único que necesitas es tomar la mano de la persona...". *Revista Facultad de ciencias de la salud*, 3(1), 12-21. Obtenido

de

<https://journalhealthsciences.com/index.php/UDES/article/view/62/O.1%20Landman>

Leite, T., y Koifman, L. (2017). Interfaz entre fisioterapia, bioética y educación: estado del arte. *Revista Bioética*, 25(3), 618-629. Obtenido de

http://www.scielo.br/pdf/bioet/v25n3/es_1983-8042-bioet-25-03-0618.pdf

León, E. (2009). El giro hermenéutico de la fenomenológica en Martín Heidegger. *Polis*.

Revista Latinoamericana, 1-15. Obtenido de <http://journals.openedition.org/polis/2690>

Lizaraso, F., y Ruíz, E. (2016). Humanizar la Profesión Médica. *Revista de Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres*, 16(4), 4-5. Obtenido de

<http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/501>

Lopera-Vásquez, J. (2018). Falencias en la relación médico-paciente en la esclerosis múltiple.

Revista de Saúde Coletiva, 28(3), 1-20. Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/329812421_Falencias_en_la_relacion_medico-paciente_en_la_esclerosis_multiple/download

Lossa, L. (2015). Terapia Dialéctica Conductual Grupal en el Trastorno Límite de la

Personalidad: Apego, Alianza terapéutica y Mejora Sintomática [Tesis Doctoral].

Barcelona: Universitat Ramon Llull. Obtenido de

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/358922/Tesi_Lydia%20Lossa.pdf;sequence=1

Maestro, B. (2012). *Sociología de las relaciones humanas. La relación médico-paciente*

[Documento en línea]. Obtenido de [http://e-](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociologia_de_las_relaciones_humanas.pdf)

[spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociologia_de_las_relaciones_humanas.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociologia_de_las_relaciones_humanas.pdf)

Martínez, M. (2001). Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación. México

D.F: Trillas.

Martínez, M. (2004). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Trillas.

Mendoza, M. (2016). Relación terapéutica y cambio psicoterapéutico, desde la experiencia subjetiva de adolescentes y sus terapeutas [Trabajo de Maestría]. Santiago de Chile:

Universidad de Chile. Obtenido de

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/152166/Relaci%C3%B3n%20terap%C3%A9utica%20y%20cambio%20psicoterap%C3%A9utico%20%20desde%20la%20e>

xperiencia%20subjetiva%20de%20adolescentes%20y%20sus%20terap%C3%A9utas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Meo, A. (2010). Consentimiento Informado, Anonimato y Confidencialidad en Investigación Social. La experiencia internacional y el caso de la Sociología en Argentina. *Aposta. Revista de ciencias sociales*, 44(1), 1-30. Obtenido de <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aines.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (1993). *Resolución Número 8430 de 1993* [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de salud Pública 2012-2021* [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (2013). *ABC Plan Decenal de salud Pública 2012-2021* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsaud.pdf

Ministerio de salud y Protección Social. (2014). *Calidad y humanización de la atención en salud a mujeres gestantes, niñas, niños y adolescentes* [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Calidad-y-humanizacion.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (2016). *Perfiles y competencias profesionales en salud* [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

Molina, M. E., Ben-Dov, P., Diez, M. I., Farrán, Á., Rapaport, E., y Tomicic, A. (2013). Vínculo terapéutico: Aproximación desde el diálogo y la co-construcción de significados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 15-26. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494003.pdf>

- Monje, C. (2011). Metodología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa: Guía Didáctica. Neiva: Universidad Surcolombiana.
- Moreno, S. (2014). La entrevista fenomenológica: Una propuesta para la investigación en Psicología y Psicoterapia. *Revista de Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 20(1), 71-76. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/3577/357733920009.pdf>
- Moreno, A. (2016). *Mejorando la relación terapéutica en los cuidados enfermeros a través de la evidencia: Una investigación Acción Participativa en Unidades de Agudos de Psiquiatría* [Documento en línea]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili. Obtenido de <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/398650/TESt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Múnera, N. (2014). Relación terapéutica desde los distintos enfoques psicológicos. *Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9), 1-5. Obtenido de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/Psyconex/article/view/22444>
- Navarrete, J. (2000). El muestreo en la investigación cualitativa. *Investigaciones sociales*, 4(5), 165-180. Obtenido de <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/sociales/article/viewFile/6851/6062>
- Negrete, P. (2016). La Persona del Terapeuta: Aportes Clínicos Para el Alumno de Psicología [Trabajo de Grado]. Santiago de Chile: Universidad de Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/145853/La%20persona%20del%20terapeuta%20aportes%20cl%C3%ADnicos%20para%20el%20alumno%20de%20Psicolog%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nienhuis, J. (2014). A meta-analytic review of the relationships between the therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy [Tesis de Doctorado]. Kentucky: University of Louisville. Obtenido de <https://ir.library.louisville.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2062&context=etd>
- Núñez, R., Arias, M., Sánchez, N., Hernández, T., Bustamante, V., Reupo, M., y Díaz-Vélez, C. (2014). Relación Médico-Paciente desde la perspectiva del paciente en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. *Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque*, 1(1), 20-24. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5971563>

- Ñique-Carbajal, C. (2014). La ética en la relación odontólogo Paciente en Perú. *Revista KIRU*, 11(2), 190-195. Obtenido de <http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/Rev-Kiru0/article/download/139/117>
- Orozco, S., y Vija, M. (2018). Deshumanización en la atención de enfermería hacia los pacientes en los servicios hospitalarios [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10415/Vijamar%C3%ADa2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ortiz, M., y Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, 135(5), 647-652. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872007000500014%20yscript=sci_arttext
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética* [Documento en línea]. Obtenido de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000161848>
- Organización Médica Colegial de España. (2017). *La relación médico paciente. Patrimonio cultural inmaterial de la humanidad*. [Documento en línea]. Obtenido de https://www.cgcom.es/sites/default/files/relacion_medico_paciente/files/assets/common/downloads/publication.pdf
- Organización Mundial de la salud. (2008). *El derecho a la salud* [Documento en línea]. Obtenido de <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
- Organización Mundial de la salud. (2014). *Estadísticas Sanitarias Mundiales* [Documento en línea]. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131953/?jsessionid=92C0BD85D77AF96B169A950A8F871202?sequence=1>
- Otávio, L., Nogueira, E., y DeOliveira, E. (2017). The doctor-patient relationship in oncology: a study from the patient's perspective. *Revista Bioética*, 25(3), 536-576. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017253213>
- Pabón, I. y Cabrera, C. (2008). La humanización en el cuidado de pacientes para lograr una atención de alta calidad. *Revista UNIMAR*, 45(1), 32-36. Obtenido de <http://www.umariana.edu.co/RevistaUnimar/publicaciones/RevistaUnimar45.html#/1/zoomed>

- Packer, M. (1985). *La investigación hermenéutica en el estudio de la conducta humana*. [Documento en línea]. Obtenido de:
<http://www.psicologiaCultural.org/Pdfs/Traducciones/La%20investigacion%20hermeneutica.pdf>
- Páez, M. (2016). Experiencias resilientes del terapeuta generadoras de cambio a través de expresiones plásticas. *Archivos de Medicina (Col)*, 16(2), 345-358. Obtenido de
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273849945013>
- Páez, M., Hernández, A., Jiménez, V., Restrepo, T., y Zuluaga, G. (2017). La autorreflexividad en la formación sistémica: sendero hacia la construcción terapéutica. *DSpace JSPUI*, 1-25. Obtenido de
<http://ridum.umanizales.edu.co:8080/jspui/handle/6789/3029>
- Palacios, X., y Pérez-Acosta, A. (2017). *Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional* [Documento en línea]. Bogotá: Universidad del Rosario; Obtenido de
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/12870/BI%2024%20Rehabilitaci%C3%B3n%20web.pdf?sequence=1>
- Pérez, D. (2010). *Documento de política. Enfoque Acción Sin Daño*. Federación Luterana Mundial [Documento en línea]. Obtenido de
<http://www.bivipas.unal.edu.co/handle/123456789/729>
- Pérez, L., y Rábago, M. (2018). Reconocimiento de la familia del terapeuta: construcción de su identidad y prácticas. *Revista Clínica Contemporánea*, 9(24), 1-11. Obtenido de
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2018v9n3a15.pdf>
- Pinzón, A. (2015). *Narrativa y subjetividad: La experiencia de hablar, escribir y leer para comprender el mundo*. [Documento en línea]. Bogotá: Universidad Santo Tomás. Obtenido de
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/2349/Pinzonana2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Prosalus. (2014). *Comprendiendo el derecho humano a la salud* [Documento en línea]. Obtenido de [http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20\(2\).pdf](http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Publicaciones%20coeditadas%20por%20AECID/Comprendiendo_el_derecho_humano_a_la_salud%20(2).pdf)

- Porras, C. (2018). *Las relaciones interpersonales y el Clima Organizacional en el cuerpo de bomberos del cantón Pujilí de la provincia de Cotopaxi* [Documento en línea]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/28735/1/0503356347%20CRISTIAN%20MAURICIO%20PORRAS%20PULLUQUITIN.pdf>
- Queiroz, E. W. (2017). A Construção do Vínculo Terapêutico: Uma reflexão sob a. *Revista IGT na Rede*, 14(26), 109-126. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/igt/v14n26/v14n26a07.pdf>
- Quero, M., y Delgado, S. (2013). Humanización en los cuidados y la relación de ayuda. *Enfermería Docente*, 99(1), 32-34. Obtenido de <http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvvsites/default/files/revistas/ED-99-07.pdf>
- Quitmann, H. (1989). Introducción. En H. Quitmann, *Psicología humanística conceptos fundamentales y trasfondo filosófico* (págs. 19-20). Barcelona: Herder.
- Ramírez, C. (2016). Fenomenología hermenéutica y sus implicaciones en enfermería. *Index de Enfermería*, 15(1), 82-85. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v25n1-2/monografico6.pdf>
- Ramírez, P., y Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería universitaria*, 12(3), 134-143. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1665-70632015000300134&lng=es&nrm=iso
- Real Academia Española. (2019). *Humanizar* [Sitio Web]. Obtenido de <https://dle.rae.es/?id=KnbmIsL>
- Renelde, L. (2018). *A relação médico-dentista paciente no caso de um estudante estrangeiro* [Documento en línea]. Gandra: Instituto Universitário de Ciências da Saúde. Obtenido de https://repositorio.cespu.pt/bitstream/handle/20.500.11816/3020/MIMD_RE_22285_loickpourbaix.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Riveros, E. (2014). La psicología humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad*, 12(2), 135-186. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545458006>

- Robles, B. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 52(1), 39-49. Obtenido de <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/download/3957/3837>
- Roche, R. (1995). Psicología y educación para la prosocialidad: optimización de las actitudes y comportamientos de generosidad, ayuda, cooperación y solidaridad: programa adecuado a contextos escolares y familiares. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona. Obtenido de <https://books.google.com.co/books?id=qF5aKPluqTcCypg=PA47ydq=dignidad+psicologia&hl=es&as=Xyved=0ahUKEwja8OSIj4bjAhWRjVkJHRuhCzEQ6AEIKzAA#v=onepage&q=dignidad%20psicologia&yf=false>
- Rodríguez, A. (2008). *El enfoque de la Acción sin daño* [Documento en línea]. Obtenido de https://www.academia.edu/14494741/El_enfoque_de_la_Acci%C3%B3n_sin_da%C3%B1o
- Rodríguez, M. (2008). *Relación Médico-Paciente*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Obtenido de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/Relacion_medico-paciente.pdf
- Rodríguez, A. (2010). *El enfoque de acción sin daño* [Documento en línea]. Obtenido de <http://bivipias.unal.edu.co/bitstream/10720/415/21/D-222-PIUPC-P21-249.pdf>
- Rogers, C. R., y Stevens, B. (1980). *Persona a persona*. Argentina: Amorrortu.
- Rojas, C. (2011). La dimensión terapéutica del Trabajo Social y la protección de los derechos humanos. *Revista Costarricense de Trabajo Social*, 1(1), 19-24.
- Romero, E. (2012). *Las Dimensiones de la Vida Humana*. Santiago-Sao Paulo: Della Bidia Editora.
- Rossetti, M. L., y Botella, L. (2017). Alianza terapéutica: evolución y relación con el apego en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19-30. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281950399003.pdf>
- Rosso, M., y Lebl, B. (2006). Terapia Humanista Existencial Fenomenológica. *Ajayu*, 4(1), 90-117. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545473005.pdf>
- Rozo, J. (2002). *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social ¿Tiene algún sentido la terapia?* [Documento en línea]. Obtenido de <http://www.cop.es/colegiados/b-00085/escritos/articulos/construccionismo.HTML>

- San Martín, J. (Anthropos Editorial). *La fenomenología de Husserl como utopía de la razón*. [Documento en línea]. Obtenido de https://books.google.com.co/books?id=_kAVVrbrjEMCyprintsec=frontcoverhl=esysource=gbs_ge_summary_rycad=0#v=onepageyqyf=false
- Sánchez, M., Blas, H., y Ortiz, V. (2015). Bioética y salud Mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 2(29), 96-107. Obtenido de <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/538/303>
- Santos, M., Dos-Santos, R., Crispim, L., De-Macêdo, A., y Mendes, R. (2019). El poder en la relación enfermero-paciente: revisión integradora. *Revista Bioética*, 26(4), 556-566. Obtenido de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1529/1973
- Sassenfeld, A., y Moncada, L. (2006). Fenomenología y psicoterapia humanista-existencial. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 15(1), 91-106. Obtenido de <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17146/17874>
- Schutz, A. (1993). La constitución de la vivencia significativa en la corriente de la conciencia de quien la constituye. En A. Schutz, Alfred Schutz, La construcción significativa del mundo social (págs. 75-125). Barcelona: Paidós. Obtenido de <https://camporeligioso.files.wordpress.com/2014/05/schutz-alfred-la-construccion-significativa-del-mundo-social.pdf>
- Seymour, B., Yang, H., Getman, R., Barrow, J., y Kalendarian, E. (2016). Patient-Centered Communication: Exploring the Dentist's Role in the Era of e-Patients and Health 2.0. *Journal of Dental Education*, 80(5), 697-704. Obtenido de https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://www.jdentaled.org/content/jde/80/6/697.full.pdfhl=esysa=Tyoi=ucasayct=ufryei=6u5CXvOIFsSTmgGZz6qgDAyscisig=AAGBfm18jH54IJe9S3pF-7Lj-oONJ3qi0Q
- Soto, A. (2017). A Meta-Analytic Review of the Association of Therapeutic Alliance, Therapist Empathy, Client Attachment Style, and Client Expectations with Client Outcome [Tesis de Doctorado], Provo: Brigham Young University. Obtenido de <https://scholarsarchive.byu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=7493ycontext=etd>

- Szmulewicz, T. (2013). La persona del terapeuta: eje fundamental de todo proceso terapéutico. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(1), 61-69. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art08.pdf>
- Tenemaza, A., y Miranda, A. (2016). *Las relaciones interpersonales y su influencia en el desempeño académico de los y las estudiantes de décimo año, paralelos "a", "b", "c", "d", de la unidad educativa "Fernando Daquilema", ciudad de Riobamba, provincia de Chimborazo, periodo quimestral*. [Documento en línea]. Obtenido de <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/2842/1/UNACH-FCEHT-TG-P.EDUC-2016-000016.pdf>
- Torres, N. (2015). El camino de la experiencia estética: entre la vivencia y la comprensión. *Cuadernos de filosofía latinoamericana*, 37(1), 103-115. Obtenido de <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/cfla/article/view/2276/2996>
- Torres, G. (2018). Didáctica en la educación médica para fortalecer la relación médico paciente. [Trabajo de Grado]. Bogotá: Universidad Militar Nueva Granada. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/20059>.
- Universidad Santo Tomás. (2017). *Investigación*. [Documento en línea]. Obtenido de <http://facultadpsicologia.usta.edu.co/index.php/investigacion-pregrado1>
- Universidad Santo Tomás. (2012). *Líneas Activas de Investigación* [Documento Institucional].
- Vázquez, G., y Gutiérrez, M. (2015). Orientación teórico-técnica y estilo personal del terapeuta. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), 133-142. Obtenido de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/40825>
- Vélez, A. (2014). Relación entre el Bienestar psicológico de las psicoterapias y el vínculo terapéutico [Trabajo de Maestría]. Medellín: Universidad de Antioquia. Obtenido de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8247/1/VelezAngela_2014_RelacionBienestarPsicologico.pdf
- Viegas Cavalheiro, C., y Vieira Melo, W. (2016). Relação terapêutica com pacientes borderlines na terapia comportamental dialética. *Psicologia em Revista*, 22 (3), 579-595. Obtenido de <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/6014>
- Viloria, E. (2012). Dilemas de los psicólogos/terapeutas sistémicos en formación y la contribución de una intervención sistémica de apoyo en la construcción de su identidad

[Trabajo de Maestría]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/1946>

Zuleyka, M., y Olivety, M. (2015). La fenomenología hermenéutica. *Revista electrónica de portales médicos*, 1(1), 1-4. Obtenido de <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/fenomenologia-hermeneutica>

Anexos

1.	Consentimiento informado	95
2.	Guion de entrevista	101
3.	Matriz de sentido	102
4.	Carta de presentación de la investigación	103
5.	Formato de habeas data	105
6.	Cronograma	106
7.	Presupuesto de la investigación	107
8.	Mapas de red: Humanización	108
9.	Mapas de red: Intencionalidad	109
10.	Mapas de red: Relación terapéutica	110
11.	Carta de devolución de resultados	111

1. Consentimiento informado

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA****CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA
INVESTIGACIÓN**

Ciudad y fecha: _____ Hora: _____

Título de la investigación:

Vivencia de la relación terapéutica y su vínculo con la humanización de la Atención en Salud: “Una forma de ver cómo evoluciona cada vida”.

Objetivo de la investigación:

Comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá.

Duración estimada y procedimiento:

1. Entrega de la carta de presentación de la investigación.
2. Lectura del consentimiento informado, objetivos de la investigación, aclaración de preguntas y establecimiento de acuerdos y horarios para los encuentros.
3. Se realizarán tres (3) encuentros pre-programados con cada uno de los participantes de la investigación (Profesionales en ciencias de la salud), en un periodo de máximo 2 meses seguirán el siguiente orden:
 1. Dos (2) encuentros consistirán en la contextualización y en el desarrollo de un proceso de entrevistas semi-estructuradas, con una duración de hora y media, en la que el participante contestará algunas preguntas formuladas por los investigadores, enfocadas en su experiencia personal y profesional.
 2. Una (1) sesión de retroalimentación en donde se presentarán los resultados iniciales de la investigación, la cual tiene como fin que el participante de cuenta de la forma en la cual considera que se podría mejorar la forma de exponer y comprender su vivencia.
 3. Un (1) encuentro final de entrega de resultados y conclusiones.

Contexto de la investigación:

La investigación hace parte de un ejercicio formativo, el cual se encuentra supervisado por el docente Ricardo Arturo Jaramillo Moreno, quien acompaña el proceso de Prácticas Investigativas de la facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás.

La investigación es llevada a cabo por Sharon Naomi Correa Galindo, identificada con CC: 1.020.837.216, y Edgar Nicolás Serrano Carvajal, identificado con CC: 1.019.122.745, estudiantes de la Facultad de Psicología de décimo semestre, quienes estarán a cargo del proceso de investigación y de responder cualquier inquietud o solicitud del participante.

Beneficios de la investigación:

Los beneficios de la investigación se refieren a los aportes teóricos y contextuales que se pueden generar a partir del proceso de entrevistas y los resultados de la investigación, ya que permite visibilizar la forma en la cual ha sido vivenciada la relación terapéutica, para a partir de ello crear un marco de comprensión para futuras investigaciones que aporten al estudio interdisciplinar en ciencias de la salud enfocados en el rol de dicha relación. Además, puede beneficiar al participante en términos personales al permitir que el mismo se conecte con su experiencia, siendo así una estrategia de auto-conocimiento y expresión.

Riesgos asociados a la investigación:

Los posibles riesgos del ejercicio investigativo se relacionan con la seguridad y el manejo adecuado de los datos personales y la información recolectada a lo largo de los encuentros, para lo cual los investigadores desarrollarán las siguientes estrategias que tienen como propósito reducir dicho riesgo:

1. El almacenamiento de la información recolectada tanto en este consentimiento como en los encuentros llevados a cabo será administrada únicamente por los investigadores y el asesor del trabajo investigativo. Además, la información (Entrevistas, grabaciones, consentimientos informados) será guardada en los computadores portátiles personales de los investigadores, y serán guardados en documentos protegidos-cifrados con contraseña a la cual solo tendrán acceso los mismos, y serán guardados por el periodo de 10 años.
2. Adicionalmente, la investigación se acoge al manejo del secreto profesional de acuerdo al artículo 2 en su numeral 5 de la ley 1090 de 2006, el cual refiere que la confidencialidad de la información obtenida en el desarrollo del ejercicio profesional, únicamente será revelada a los demás con el consentimiento de la persona o su representante, sin embargo, aclara que esta podrá ser divulgada en las situaciones en las que no darla a conocer genere un daño evidente a otras personas o a la misma, por esto se aclara que el psicólogo deberá brindar la información pertinente a las personas acerca de las limitaciones legales de su secreto profesional. Asimismo, se retoma la

Ley 1581 de 2012 “por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales”.

3. Además, esta investigación contempla parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de Octubre, emanada por el Ministerio de Salud y Protección Social, al reconocer que la misma cuenta con un riesgo mínimo el cual es entendido como la probabilidad de riesgo o daño a consecuencia en este caso de estudios prospectivos con seres humanos, los cuales se basan en el registro y recolección de información personal y en este caso psicológica, razón por la cual los participantes no serán identificados con sus nombres en la investigación para así mantener su privacidad y confidencialidad, garantizando así el cuidado y manejo de la información personal, ya que sus nombres solo quedaran guardados en el presente consentimiento.

Aclaraciones:

1. No recibirá beneficio personal de ninguna clase (económico, material, laboral, terapéutico, entre otros) al participar en esta investigación.
2. Los gastos adicionales, generados por el aumento de encuentros, fotocopias y papelería corren por cuenta de los investigadores.
3. El presente formato se dirige a personas mayores de edad y es una constancia del proceso académico con dinámicas investigativas que se desarrolla.
4. El participante tiene derecho de ver el trabajo finalizado, si así lo desea, pues éste contiene información personal.
5. El nombre y número de identificación no serán utilizados como tal y sólo quedarán registrados en este consentimiento, con el cual quedará claro que el participante ha dado su autorización.
6. Del presente proceso investigativo se pueden derivar publicaciones científicas en las cuales su información se mantendrá en anonimato.
7. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.
8. Su participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y por ello se encuentra en libertad de retirarse de ella en cualquier momento o de decidir no hacer parte (de) la misma. Si decide no participar o retirarse, no habrá ninguna dificultad derivada de ello.
9. El trabajo es netamente investigativo y no será usado para ninguna otra causa.

10. Las sesiones serán audio-grabadas en su totalidad y serán registradas en instrumentos para la recolección y archivo de la información (Transcripción, matrices de análisis). Estas grabaciones serán utilizadas únicamente con fines académicos e investigativos.
11. A lo largo de la investigación podrá solicitar información actualizada de la misma a los investigadores, quienes se la proporcionarán. Aclarando que no se le dará información personal de otros participantes, y en ningún caso se entregarán informes técnicos (Valoraciones, peritazgos, conceptos, exámenes, entre otros).
12. En caso de detectarse una dificultad en torno a la salud mental, estabilidad psicológica y/o física, será informado ampliamente y el equipo investigador le recomendará el tratamiento adecuado más no asumirá los gastos del mismo.
13. Pueden existir preguntas que molesten o causen vergüenza, las cuales no estará obligado a responder y/o puede solicitar que se las expliquen.

Finalmente, las inquietudes frente a la investigación puede resolverlas dirigiéndose a Sharon Naomi Correa Galindo, identificada con C.C No. 1.020.837.216 de Bogotá o Edgar Nicolás Serrano Carvajal, identificado con C.C No. 1.019.122.745 de Bogotá y con Ricardo Arturo Jaramillo Moreno, identificado con C.C No. 79.889.614, para así prevenir cualquier inconveniente.

Para concluir, después de aclarar y considerar que todas sus preguntas han sido respondidas con claridad y que no tiene ninguna otra inquietud acerca de la investigación o los investigadores, usted puede, si así lo decide, firmar la siguiente carta de consentimiento informado.

Carta de consentimiento informado de mayor de edad

Yo, _____ identificada/o con C.C
_____, manifiesto haber sido informado/a sobre los propósitos, objetivos, y procedimientos de la investigación y a partir de ello acepto participar en la misma, razón por la cual concedo mi autorización a Sharon Naomi Correa Galindo identificada con C.C No. 1.020.837.216 y a Edgar Nicolás Serrano Carvajal identificado con C.C No. 1.019.122.745.

Además, doy cuenta de que he leído y comprendido la información, procedimiento, objetivos y marco del ejercicio investigativo; que mis preguntas han sido respondidas con claridad, que no tengo más dudas en el momento y que en cualquier caso puedo acudir a los investigadores si en algún momento de la investigación surge alguna otra inquietud. He sido informado/a de que en todo momento de la investigación me acogen los derechos de confidencialidad expuestos en la Ley 1090 de 2006 y la Resolución 008430 de 1993 del 4 de Octubre expuestos anteriormente, los cuales garantizan y respetan mi anonimato.

En consecuencia, yo, _____ identificado/a con C.C _____, doy mi consentimiento para participar de esta investigación, y hago constar que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad de manera libre y espontánea.

Nota: Recibiré una copia firmada y fichada de este consentimiento informado

Contacto de emergencia:

Nombre:

Teléfono:

Firma (Participante) _____

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Firma (Testigo) _____

Documento de identidad _____ No. _____ de _____

Firma (Sharon Naomi Correa Galindo) _____ CC 1020837216

Firma (Edgar Nicolás Serrano Carvajal) _____ CC 1019122745

Firma (Ricardo Arturo Jaramillo Moreno) _____ CC 79.889.614

Docente asesor

Datos de contacto de los investigadores para preguntas e inquietudes de la investigación:

Sharon Naomi Correa Galindo sharoncorrea@usantotomas.edu.co

Edgar Nicolás Serrano Carvajal: edgar.serrano@usantotomas.edu.co

Ricardo Arturo Jaramillo Moreno: ricardojaramillo@usantotomas.edu.co - 3007773328

2. Guion de entrevista

GUÍA: ENTREVISTAS FENOMENOLÓGICAS**FECHA**

1. Introducción

Buenos días/tardes. Mi nombre es... soy estudiante de la Universidad Santo Tomás de décimo semestre de la facultad de psicología y en el momento nos encontramos realizando una investigación en torno a la experiencia y la interpretación que tienen los profesionales en ciencias de la salud, en función del rol de la relación terapéutica.

Por esto, la idea es poder conocer sus opiniones, creencias y percepciones en torno a estos fenómenos (Relación terapéutica, humanización, experiencia), para así comprender la experiencia y los significados e interpretaciones de los profesionales en Ciencias de la salud en función de la relación terapéutica, esto a partir de la comprensión de que el profesional también es una persona que se transforma y se involucra en la relación.

En este sentido, el propósito de este encuentro es generar una conversación en donde usted se sienta libre de contarnos su experiencia y sus ideas, teniendo en cuenta para ello que no existe ninguna forma más válida que otra y que lo importante en este proceso es conocer su opinión. A partir de lo mencionado y lo encontrado en el consentimiento previamente expuesto.

2. Datos personales y contextualización inicial

¿Cómo es su nombre?, ¿Cuántos años tiene?, ¿A qué se dedica?, ¿Cómo se definiría a usted mismo?, Cuéntenos un poco acerca de su historia de vida

3. Significados de la relación terapéutica

¿Qué significa para usted la relación terapéutica que establece con las personas?; ¿Cómo ha sido su experiencia en torno a la relación terapéutica en el ejercicio de su labor?; Para usted ¿Cuál es el rol de la relación terapéutica? ¿Podría hablar más de esto?

4. Relación entre la vivencia de la relación terapéutica con las formas de interacción que generan los profesionales en Salud con sus consultantes

¿Cómo la relación con sus consultantes se conecta con su ejercicio profesional? ¿Por qué decidió enfocar su labor al campo de la salud?, ¿Cuándo ha sentido que la relación con sus consultantes le ha permitido cumplir con sus metas?

5. Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la relación terapéutica

¿Cómo la relación con sus consultantes se conecta con la humanización del contexto?, ¿Usted siente que recibe un trato humanizado al llevar a cabo su ejercicio profesional?, A partir de su experiencia ¿El sistema de salud colombiano brinda condiciones humanizadas para su labor en las ciencias de la salud?

3. Matriz de sentido

Matriz de sentido		
Categoría	Comprensión teórica	Pregunta
Significados de la relación terapéutica.	La relación es vista como un encuentro interpersonal caracterizado por la participación activa de sus integrantes, puesto que se busca generar y construir una relación íntima, basada en la autenticidad, la aceptación y la comprensión empática, ya que se considera que es una experiencia para el crecimiento y el desarrollo personal (Múnera, 2014; Rosso y Lebl, 2006). Lo anterior, se relaciona con lo expuesto por Buber en el texto de Sánchez (1998, citado por Roso y Lebl, 2006) quien plantea que la relación al estar abierta a la experiencia de un otro, es un encuentro personal (Yo - Tú) que posibilita la libertad del Ser.	¿Qué significa para usted la relación terapéutica que establece? ¿Cómo ha sido su experiencia en torno a la relación terapéutica en el ejercicio de su labor? Para usted ¿Cuál es el rol de la relación terapéutica? ¿Podría hablar más de esto?
Relación entre la vivencia de la RT con las formas de interacción que generan los profesionales en salud con sus consultantes.	Las formas de interacción y el comportamiento se retoma desde la intencionalidad entendida desde la triada: deseo, voluntad e intencionalidad, expuesta por De Castro, García y González (2017) quien plantea que el proceso experiencial le permite a la persona conectarse con sus valores, proyecto de vida y por tanto entender su pasado, vivenciar su presente y orientar este último a su futuro. La intencionalidad, entendida como la fase en la cual el deseo se vincula con la voluntad para así orientar la acción en situaciones concretas que le permitan a la persona continuar con su proyecto de vida.	¿Cómo la relación con sus consultantes se conecta con su ejercicio profesional? ¿Por qué decidió enfocar su labor al campo de la salud? ¿Cuándo ha sentido que la relación con sus consultantes le ha permitido cumplir con sus metas?
Relación entre la humanización de los contextos en salud y la vivencia de la relación terapéutica.	La humanización puede ser entendida desde el término humanizar, el cual desde la Real Academia Española (2019) se entiende como "Hacer humano, familiar o afable a alguien o algo", lo que en este caso se entiende como el hacer humana la atención en salud. Adicionalmente, la humanización, es vista como una actitud que determina e impacta la experiencia de la salud de profesionales, familiares y consultantes, y por tanto su comportamiento; esto al entender que las personas son una totalidad holística, y que su subjetividad se media por su vivencia corporal, emocional, sus creencias, entre otros (Instituto Nacional de Cancerología, 2016).	¿Cómo la relación con sus consultantes se relaciona con la humanización del contexto?, ¿Usted siente que recibe un trato humanizado al llevar a cabo su ejercicio profesional?, A partir de su experiencia ¿El sistema de salud colombiano brinda condiciones humanizadas para su labor en las ciencias de la salud?

Nota: Elaboración propia.

4. Carta de presentación de la investigación

CARTA DE PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN “VIVENCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SU VÍNCULO CON LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: “UNA FORMA DE VER CÓMO EVOLUCIONA CADA VIDA”.

Bogotá D.C, Colombia, 2019

Sr (a)

Apreciado señor(a)

La Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás en el proceso de prácticas investigativas acompaña el proceso de investigación denominado “Vivencia de la relación terapéutica y su vínculo con la humanización de la Atención en Salud: “Una forma de ver cómo evoluciona cada vida”, llevado a cabo por Sharon Naomi Correa Galindo identificada con C.C No. 1.020.837.216 y Edgar Nicolás Serrano Carvajal identificado con C.C No. 1.019.122.745.

Ahora bien, ésta investigación tiene por objetivo: “Comprender la vivencia de la relación terapéutica y la humanización de la atención en salud desde la experiencia de tres profesionales en ciencias de la salud en Bogotá”. La colaboración prestada por usted para este estudio es fundamental y consiste en lo siguiente:

1. Contestar una serie de preguntas a partir de su experiencia, enfocadas en las categorías de la presente investigación (Relación terapéutica; Experiencia; Vivencia; Humanización, Profesionales en ciencias de la salud).
2. **No** recibirá beneficio personal de ninguna clase al participar en esta investigación.
3. Del presente proceso investigativo se pueden derivar publicaciones científicas en las cuales la información se mantendrá en anonimato.
4. Toda la información obtenida y los resultados de la investigación serán tratados confidencialmente.
5. La participación en esta investigación es completamente libre y voluntaria, y por ello se encuentra en libertad de retirarse de ella en cualquier momento.
6. El trabajo es netamente investigativo y no será usado para ninguna otra causa.

7. En caso de detectarse una dificultad en torno a la salud mental, estabilidad psicológica y física, será informado ampliamente y el equipo investigador le recomendará el tratamiento adecuado más no asumirá los gastos del mismo.
8. Pueden existir preguntas que le molesten o le causen vergüenza, las cuales no estará obligado a responder y puede solicitar que se las expliquen.

Esperamos su activa colaboración en ésta investigación, que finalmente beneficiará el campo de las ciencias de la salud.

Para aclarar cualquier inquietud puede dirigirse o llamar a Sharon Naomi Correa Galindo: sharoncorrea@usantotomas.edu.co, al 3173965671, y/o Edgar Nicolás Serrano Carvajal: edgar.serrano@usantotomas.edu.co, al 3123768713

Atentamente,

Sharon Naomi Correa Galindo
Investigador

Edgar Nicolás Serrano Carvajal
Investigador

Ricardo Arturo Jaramillo Moreno
Docente a Cargo

5. Formato de habeas data

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA****AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y USO DE DATOS PERSONALES.**

Yo _____ Identificado/a con Número de cédula
De la ciudad de _____.

De conformidad con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 “*por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de datos personales*”, como garantía del derecho a la intimidad, y el Decreto 1377 de 2013, que la reglamentan parcialmente, manifiesto que otorgo mi autorización expresa y clara para que Sharon Naomi Correa Galindo y Edgar Nicolás Serrano Carvajal estudiantes de la Universidad Santo Tomás de la Facultad de Psicología, puedan hacer tratamiento y uso de mis datos personales, los cuales se encuentran reportados en una base de datos perteneciente a la investigación: Vivencia de la relación terapéutica y su vínculo con la humanización de la Atención en Salud: “Una forma de ver cómo evoluciona cada vida”.

Entendiendo a partir de dicha Ley que tengo derecho a conocer y tener acceso a la información que se recolecta en la base de datos, al igual que a modificar, actualizar o corregir la información almacenada en cualquier momento, tomando la decisión de qué información excluir o incluir. Ahora bien, de acuerdo a la normatividad citada, en el presente documento autorizo de manera expresa e inequívoca a los investigadores para mantener y manejar la información suministrada, sólo para aquellas finalidades para las que se encuentra facultado y respetando en todo caso la normatividad vigente sobre protección de datos personales.

No obstante, en la presente autorización, me reservo el derecho a ejercer en cualquier momento la posibilidad de conocer, actualizar, rectificar y solicitar la supresión de mis datos personales en la base de datos, cuando así lo considere conveniente.

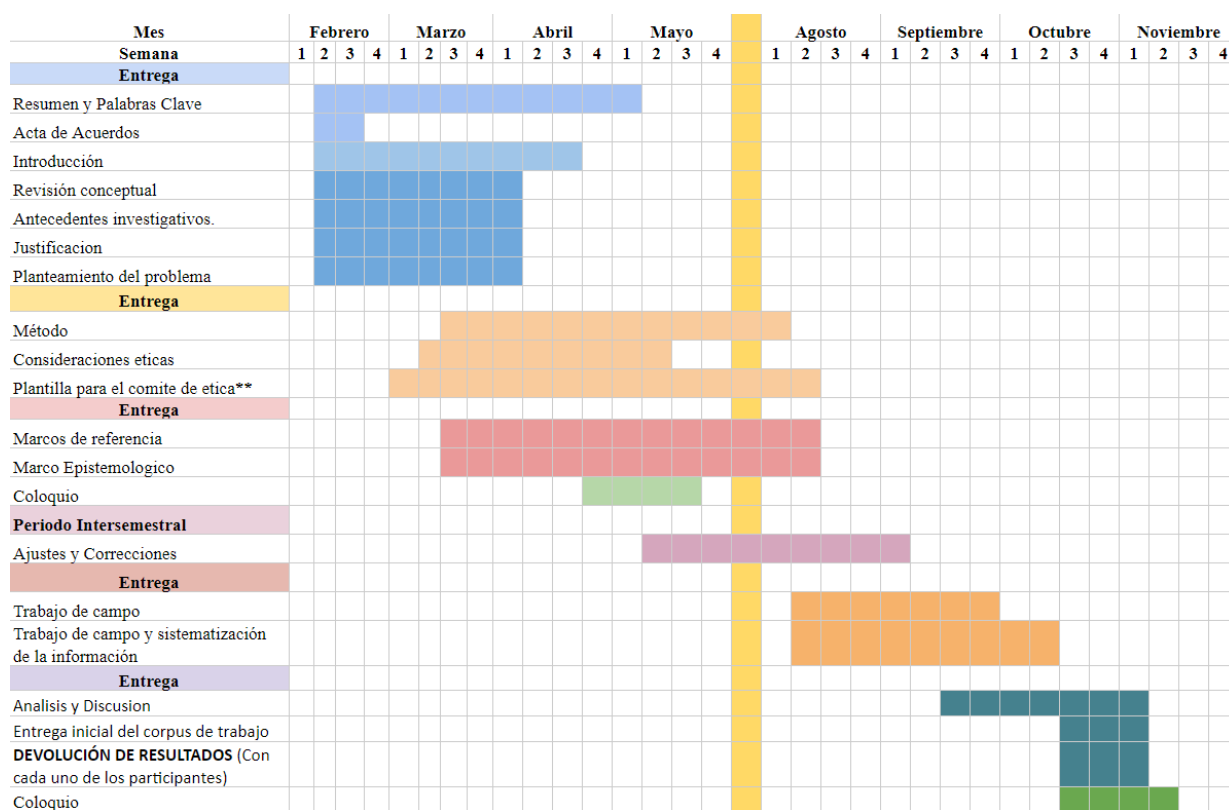
Atentamente:

Firma:

Nombre:

C.C.

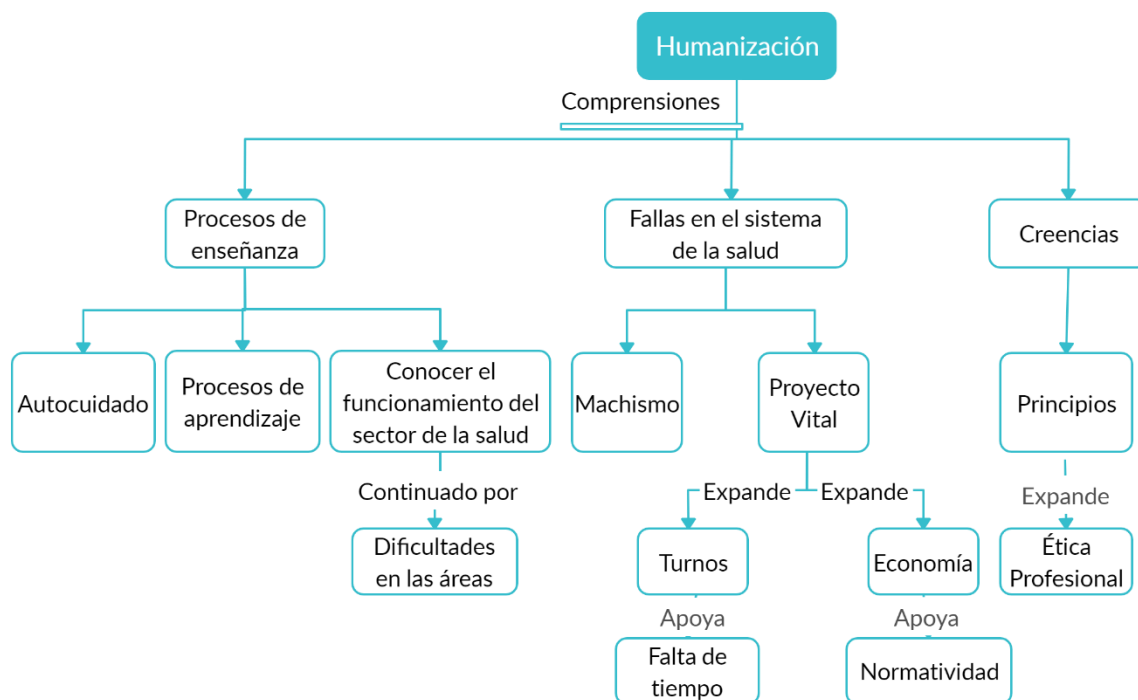
6. Cronograma



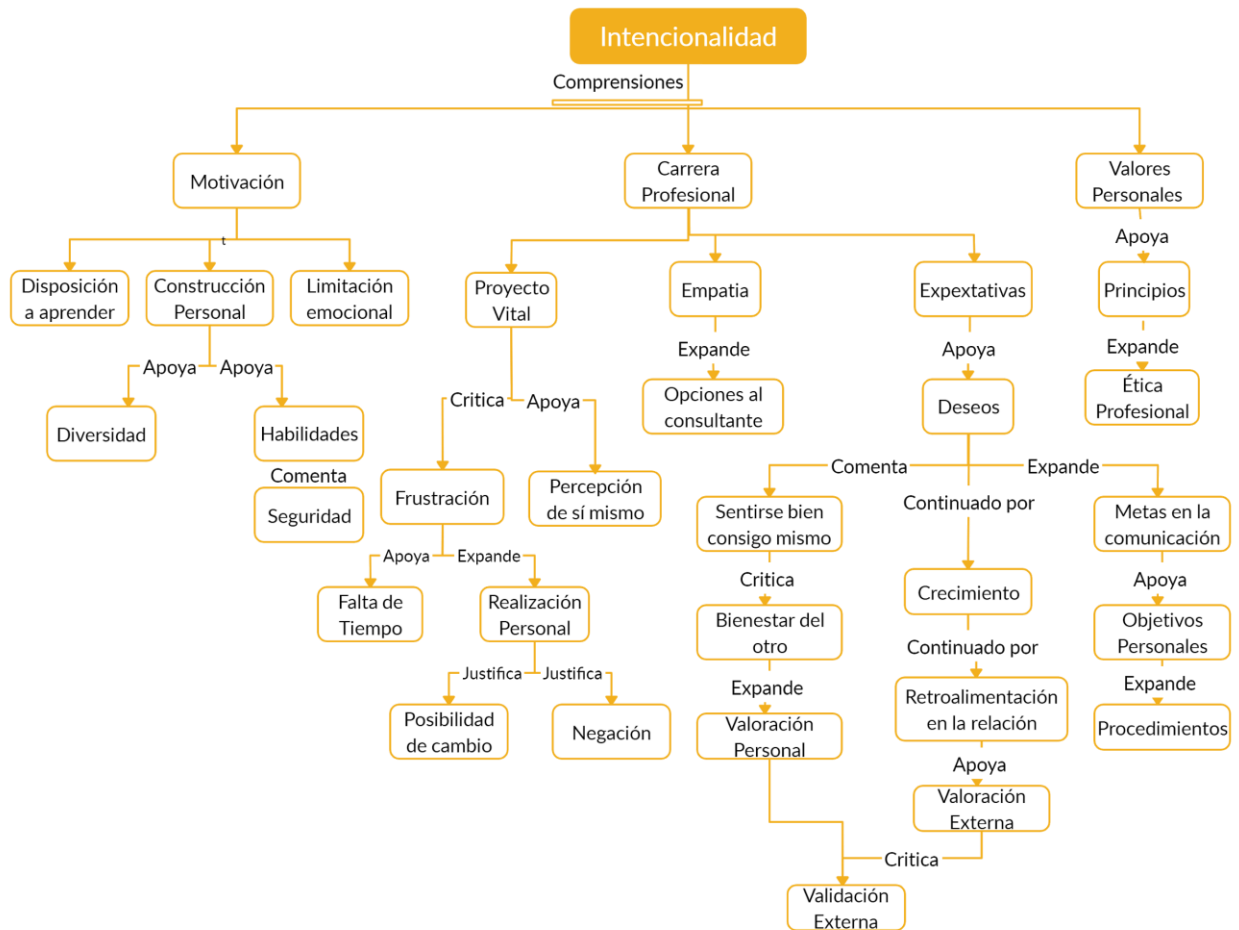
7. Presupuesto de la investigación

PRESUPUESTO				
DETALLE DE PRESUPUESTO DE PERSONAL				
Nombre	Observaciones	Dedicación	Semanas	Valor hora
Investigador 1	Desarrollo de actividades	8 horas	40 Semanas	\$ 0
Investigador 2	Desarrollo de actividades	8 horas	40 Semanas	\$ 0
Asesor	Desarrollo de actividades	4 horas	40 semanas	\$ 38.740
TOTAL				\$ 1.549.600
DETALLE DE GASTOS DE EQUIPOS Y SERVICIOS				
Nombre	Observaciones	Cantidad	Descripción	Valor
Equipos	Recurso Propio	2	Un equipo por cada participante	\$ 0
Internet	Recurso Propio	8 horas	10% del gasto del Servicio	\$ 12.000
Energía	Recurso Propio	8 horas	10% del gasto del Servicio	\$ 3.000
TOTAL				\$ 15.000
DETALLE DE TRANSPORTES				
Nombre	Observaciones	Cantidad	Valor Unidad	Valor Total
Transporte Supervisiones	40 Sesiones (Por investigador)	80	\$ 2.400	\$ 192.000
Transportes Entrevistas	Recurso Propio	25	\$ 2.400	\$ 60.000
TOTAL				\$ 252.000
DETALLE DE MATERIALES Y SUMINISTROS				
Nombre	Observaciones	Cantidad	Valor Unidad	Valor Total
Fotocopias	Consentimientos, Trabajo de Investigación, Guiones, entre otros.	45	\$ 50	\$ 2.250
Impresiones	Consentimientos, Trabajo de Investigación, Guiones, entre otros.	45	\$ 200	\$ 9.000
Papelería	Esferos, Borradores, Lápices.	Varios	Varios	\$ 20.000
Gastos de representación	Suministros	Varios	Varios	\$ 20.000
TOTAL				\$ 51.250
VARIOS E IMPREVISTOS				
Nombre	Observaciones	Cantidad	Valor Unidad	Valor Total
Varios	Varios	Varios	Varios	\$ 373.570
TOTAL				\$ 373.570
TOTAL NETO				\$ 2.241.420

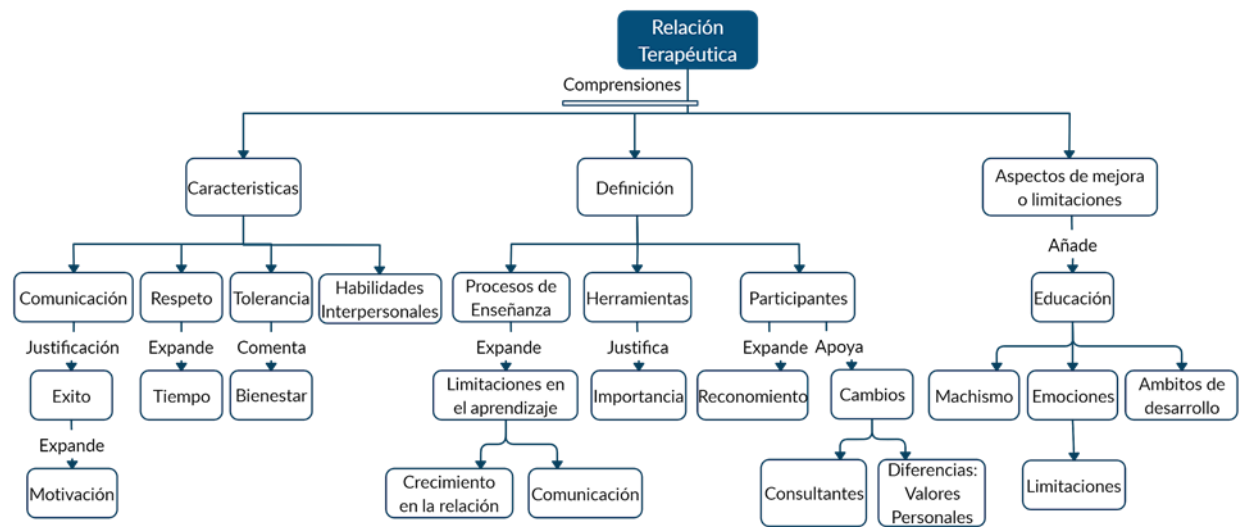
8. Mapas de red: Humanización



9. Mapas de red: Intencionalidad



10. Mapas de red: Relación terapéutica



11. Carta de devolución de resultados

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS**FACULTAD DE PSICOLOGÍA****VIVENCIA DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA Y SU VÍNCULO CON LA
HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN EN SALUD: “UNA FORMA DE VER COMO
EVOLUCIONA CADA VIDA”****CARTA DE DEVOLUCIÓN DE RESULTADOS**

Ciudad y fecha: _____ Hora: _____

La presente carta tiene como propósito informar a los/as participantes de la investigación, que la devolución de los resultados, se llevará a cabo por medio de un resumen investigativo, que será entregado después de recibir el aval por parte de la Universidad Santo Tomás, de que el ejercicio investigativo está finalizado y aprobado, lo anterior, para generar una entrega de los resultados válida y confiable a partir de la información, el análisis y las conclusiones desarrolladas por los investigadores.

Atentamente

Sharon Naomi Correa Galindo sharoncorrea@usantotomas.edu.co

Edgar Nicolás Serrano Carvajal: edgar.serrano@usantotomas.edu.co